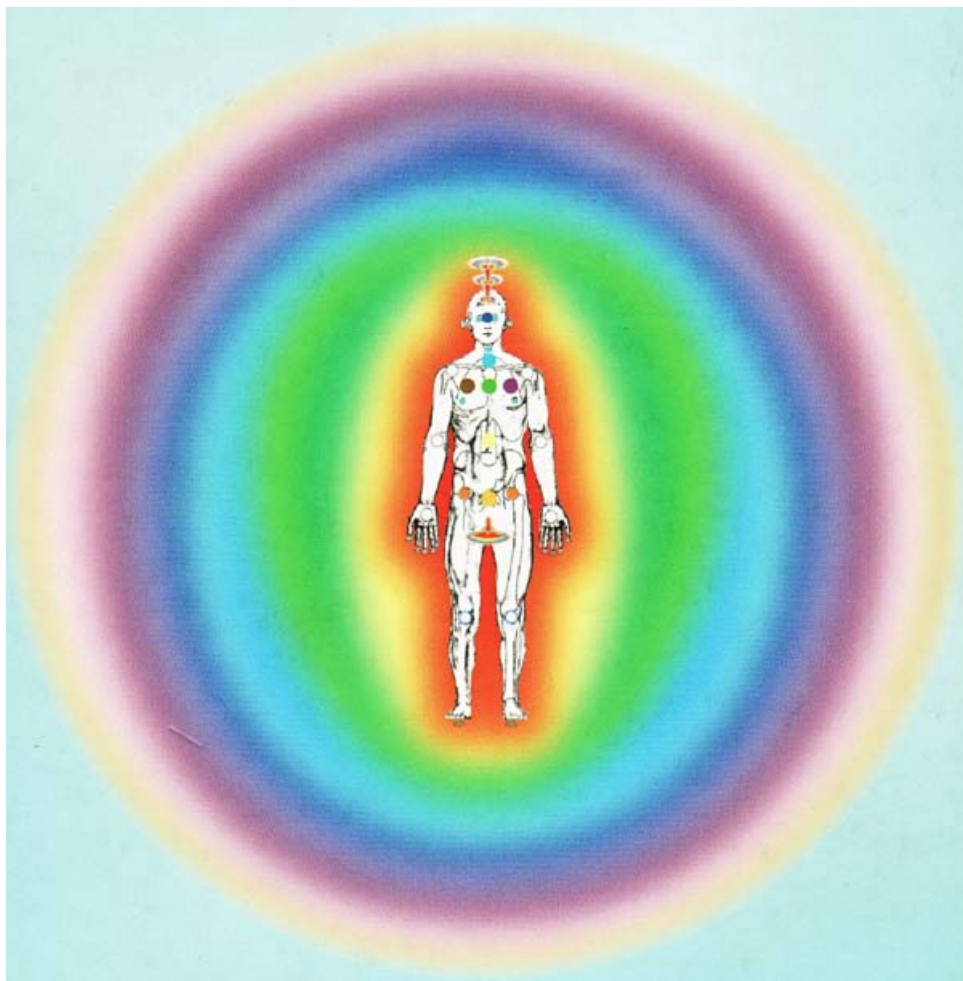


**Західний центр енергоінформаційних наук
Українська Міжнародна академія
профілактичної медицини НТШ**

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ**



**Збірник наукових праць
Випуск 27 (93)**

Львів 2014

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:

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, 2014. – Вип. 27. – 65 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, 2014

ЗМІСТ

Відомості про авторів	4
Васильчук А.Л. Еніоанатомія червоного тонкоматеріального тіла людини	5
Кулинич Р.О. Роль санаторію-профілакторію в збереженні та зміцненні здоров'я молоді	12
Матвієнко Ю.О. Проблеми нейротуберкульозу	16
Томашевський Я.І., Абліцов Ю.В., Хрупович Л.Б., Данилевич Н.Р., Сулига І.Б, Хрупович М.С., Фірчук М.В. Діагностика функціонального стану гормональної регуляції вуглеводного обміну у населення Прикарпатського регіону	23
Троценко О.В., Савчак В.В. Діагностика і вибір лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією та поєднаною патологією	31
Хроніка	
Редколегія Поздоровлення ювілярів	34
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Метельська Л.С., Семак Г.В. Хроніка травня. Ювілейні дати вітчизняних лікарів та вчених	35
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л. Микола Єфремович Поліщук. До 70-річчя від дня народження	42
Панишко Ю.М. Юрій Іванович Фещенко. До 65-річчя від дня народження	44
Панишко Ю.М. Олексій Васильович Лукавецький До 65-річчя від дня народження	46
Панишко Ю.М., Томашевський Я.І., Бумбар О.І. Іван Якович Горбачевський. До 160-річчя від дня народження	48
Панишко Ю.М., Стручкова З.С. Віталій Іванович Чернобай. До -85 річчя від дня народження	53
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Метельська Л.С., Семак Г.В. Хроніка травня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених	55
Редколегія Інформаційний матеріал	64

Відомості про авторів

Абліцов Юрій В'ячеславович – завідувач поліклінічним відділом Львівського обласного ендокринологічного центру.

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.

Данилевич Наталія Ришардівна – ендокринолог Львівського обласного ендокринологічного центру.

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

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

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

Савчак Віра Василівна – студентка медичного факультету Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Семак Ганна Володимирівна – бібліотекар наукової бібліотеки Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Стручкова Зоя Сергіївна – кандидат педагогічних наук, доцент, м. Львів.

Сулига Ірина Богданівна – ендокринолог Львівського обласного ендокринологічного центру.

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

Троценко Олег Володимирович – кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини №2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Фірчук Марта Володимирівна – ендокринолог Львівського обласного ендокринологічного центру.

Хрупович Леся Богданівна – ендокринолог Львівського обласного ендокринологічного центру.

Хрупович Марія Степанівна – ендокринолог Львівського обласного ендокринологічного центру.

ЕНІОАНАТОМІЯ ЧЕРВОНОГО ТОНКОМАТЕРІАЛЬНОГО ТІЛА ЛЮДИНИ

Впервые у світі даються основні анатомічні характеристики червоного тонкоматеріального тіла людини.

Ключові слова: еніоанатомія; червоне тонкоматеріальне тіло; внутрішня частина; зовнішня частина; оболонки; основні характеристики; голографічна інтеграція.

Впервые в мире представлены основные эниоанатомические характеристики красного тонкоматериального тела человека.

Ключевые слова: эниоанатомия; красное тонкоматериальное тело; внутренняя часть; внешняя часть; оболочки; основные характеристики; голографическая интеграция.

For the first time in the world, enioanatomic characteristics of red subtle body are introduced.

Key words: enioanatomy; red subtle body; inner part; outer part; coatings; basic characteristics; holographic integration

Актуальність. Більше ніж за 7000 років людство не спромоглося систематизувати знання про анатомію тонкоматеріальних тіл людини. Будь-яка інформація про анатомію, функціональну анатомію та еніоанатомію тонкоматеріальних тіл людини є актуальною і одночасно недостатньою. Незаперечним фактом є те, що сьогодні еніоанатомія тонкоматеріальних тіл людини невизнана науковою і навчальною дисципліною. Такий стан сповільнює, та у деяких сферах унеможливує розвиток еніоцитології, еніогістології, еніофізіології, еніобіохімії, еніомедицини, еніопсихології, еніопедагогіки, духовної педагогіки, вивчення і дослідження тонкоматеріальної: інформаційної, мікрочасткової, світлової, енергетичної, інформаційно-енергетичної, енергоінформаційної та електромагнітної складової людини. Відсутність еніоанатомічної основи цих надзвичайно важливих для людини дисциплін, призводить до їх непотрібного, помилкового і неперспективного розвитку.

Без еніоанатомічних знань неможливий розвиток усіх еніобіологічних і еніомедичних дисциплін про людину, відповідно до її суті та потреб. Еніоанатомія тонкоматеріальних тіл людини спрямовує та утримує еніологічні дисципліни в межах життєвих сфер, життєздатності, життєдіяльності, біотичних, соціальних, психічних, духовних, медичних та ін. потреб людини. Еніологічні дисципліни, їх технології, методи і засоби повинні розвиватися і закладатися на еніоанатомічній основі тонкоматеріальних тіл людини, і тільки тоді вони набудуть конкретики, стануть предметними, прагматичними, цілеспрямованими і адекватними людині, допоможуть досягнути єдності процесів виховання, навчання, розвитку, вдосконалення, лікування, регенерації, реабілітації і рекондиції.

Еніоанатомія тонкоматеріальних тіл людини приносить не тільки нові знання про людину, але і дозволяє внести якісно нові зміни в технології або розпрацювати нові еніопедагогічні, еніопсихічні, еніофізіологічні, еніомедичні, еніодуховні та інші еніотехнології. Еніоанатомічні знання розкривають якісно нові можливості для розуміння того, що являє собою людина, що і як потрібно зробити для того, щоб людина стала всебічною, гармонійною, здоровою, радісною, щасливою, успішною, гуманною, ПСІ-феноменальною, високодуховною і навіть божественною.

Ціль – описати еніоанатомію тонкоматеріальних тіл людини

Червоне тонкоматеріальне тіло займає такий самий простір, як фізичне тіло і простір навколо нього від 0,2 мм до 5-6 мм (мал. 1). Воно має внутрішню і зовнішню частини. У його зовнішній частині не представлено фізичне тіло ані будь-які його анатомічні структури, а у

внутрішній частині один раз представлено фізичне тіло в усіх структурно-функціональних рівнях, про що необхідно пам'ятати при вихованні, навчанні, розвитку, вдосконалюванні, лікуванні, регенерації, реабілітації та рекондиції. Без цього неможливо досягнути позитивних наслідків, особливо при ПСІ-феноменальному вихованні, навчанні та лікуванні.

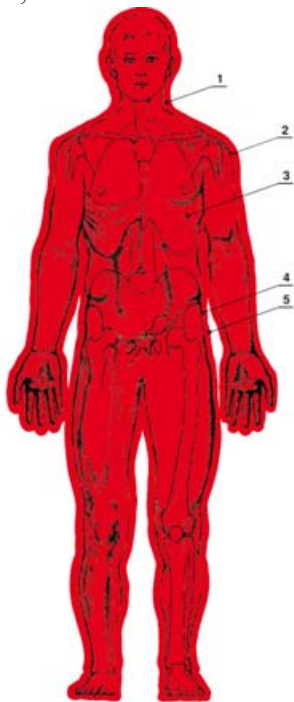
Внутрішня частина тіла анатомічно і морфологічно подібна до фізичного тіла і є анатомічно-морфоутворюючою голографічною матрицею, за якою відбувається морфогенез макроструктур фізичного тіла. З погляду первинності і вторинності буде точнішим те, що фізичне тіло являється вторинним та ідентичним не лише з внутрішньою частиною червоного тонкоматеріального тіла, але й з усіма іншими внутрішніми частинами усіх тонкоматеріальних тіл, а також з інтегральною голограмою внутрішніх частин тонкоматеріальних тіл. Внутрішня частина структурно ідентична з клітинами, тканинами, органами, системами організму та геометрією внутрішнього простору фізичного тіла. Фізичне тіло у процесі свого розвитку копіює макроструктури внутрішньої частини червоного тіла.

Зовнішня частина огортає фізичне тіло, своєю формою подібна до анатомо-морфологічного зовнішнього рельєфу і контурів фізичного тіла. Простір зовнішньої частини є простором між інтегральною внутрішньою оболонкою тонкоматеріальних тіл (або шкірою фізичного тіла) і зовнішньою оболонкою зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла. Простір зовнішньої частини самого червоного тонкоматеріального тіла не структурований, але є структурований усіма іншими тонкоматеріальними тілами, що проникають скрізь червоне тіло. У просторі зовнішньої частини знаходяться проникнуті частини структур усіх тонкоматеріальних тіл, що надає цьому простору надзвичайно складну геометрію, яка відображає тільки проникнуті частини зовнішніх структур тонкоматеріальних тіл. Простір заповнений індивідуально-універсальною життєвою інформаційно-енергетичною біоплазмою, специфічною червоною життєвою інформаційно-енергетичною біоплазмою і високоспецифічними червоними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами, які в ньому утворюються. Червона специфічна і високоспецифічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми утворюються тільки червоним тонкоматеріальним тілом і є густішими, ніж індивідуально-універсальна життєва інформаційно-енергетична біоплазма, яка знаходиться у зовнішній частині червоного тонкоматеріального тіла. Червона специфічна життєва інформаційно-енергетична біоплазма має морфогенетичний характер, інформаційно обумовлює макроструктурні, в меншій мірі мікроструктурні морфогенетичні процеси та енергетично обумовлює їх ріст, розвиток, реалізацію і проявлення. Червона високоспецифічна життєва інформаційно-енергетична біоплазма обумовлює розвиток і прояв відповідних ПСІ-феноменальних здібностей людини. Зовнішня частина червоного тіла інформаційно-енергетично забезпечує у червоному і світлосяючому червоному діапазоні електромагнітного спектра функціонування внутрішньої частини, інформаційно-енергетичний взаємообмін із зовнішнім середовищем, єдність з інформаційно-енергетичними полями людства, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і духовного Буття минулого, теперішнього і майбутнього часу. Визначає простір індивідуальної інформаційно-енергетичної ідентичності червоного діапазону електромагнітного спектра навколо фізичного тіла.

Червоне тонкоматеріальне тіло є найщільнішим, тому крізь нього проникають усі інші тонкоматеріальні тіла, що дає можливість червоному тілу, разом з іншими тонкоматеріальними тілами утворювати вторинні ідентичні тонкоматеріальні тіла і створювати індивідуально-універсальну життєву інформаційно-енергетичну біоплазму.

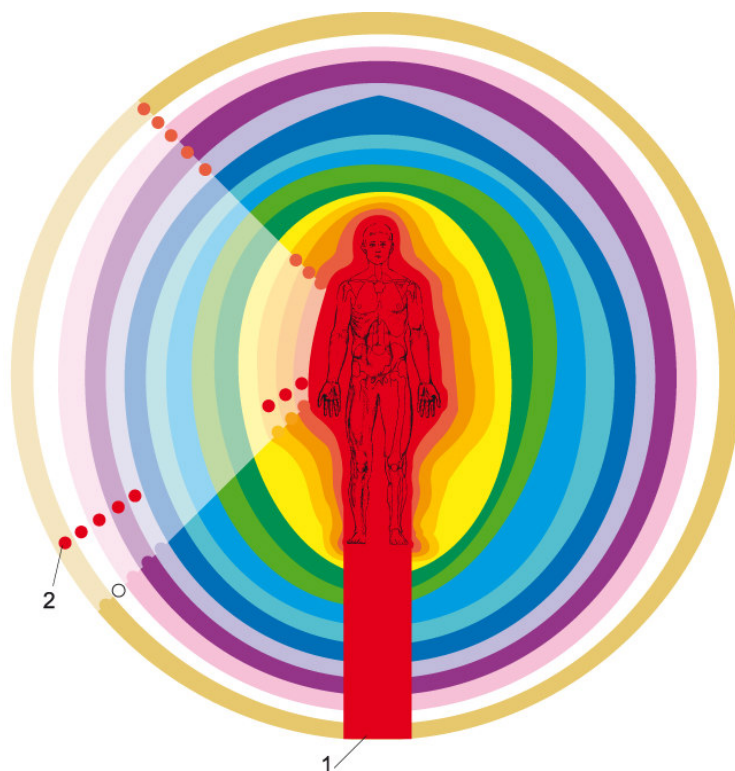
Зовнішня оболонка червоного тонкоматеріального тіла знаходиться між шкірою фізичного тіла і зовнішньою оболонкою світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла. **Форма** зовнішньої оболонки червоного тонкоматеріального тіла абсолютно ідентична зовнішньому анатомічно-морфологічному рельєфу фізичного тіла. Зовнішня оболонка зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла **створюється** концентрацією червоної інформаційно-енергетичної матерії та прониканням світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл крізь червону

оболонку і червоним компоненттом світлюючого червоного, оранжевого, світлюючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл. Тому, якщо тонкоматеріальні тіла розвинуті, зовнішня оболонка зовнішньої частини червоного



Мал. 1 Червоне тонкоматеріальне тіло

1 – червоне тіло; 2 – зовнішня частина червоного тіла; 3 – внутрішня частина червоного тіла; 4 – внутрішня оболонка червоного тіла; 5 – зовнішня оболонка червоного тіла



Мал. 2 Червона голографічна автономія тонкоматеріальних тіл

1 – голографічна автономія тіл на основі червоної інформаційно-енергетичної матерії; 2 – голографічна інтеграція червоною інформаційно-енергетичною матерією червоного, світлюючого червоного, оранжевого, світлюючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тіл

тонкоматеріального тіла може мати **15 шарів: внутрішній червоний** – найщільніший, найтонший і найслабший, **середній** - світлосяючий червоний, який є більшим за червоний і в однаковому структурному рівні оранжевий, світлосяючий оранжевий, жовтий, зелений, світлосяючий зелений, блакитний, бірюзовий, синій, бузковий, фіолетовий, рожевий, білий і золотий. Золотий шар – **зовнішній** є найменш щільний, але найтовстіший і найміцніший. В цьому розумінні необхідно врахувати шари, які утворюються прониканням крізь червону оболонку секундарних ідентичних та компонентних тонкоматеріальних тіл, що робить шарову структуру оболонки багатошаровою і складною. Сьогодні невідомо, яка є структура з'єднання шарів до суцільної оболонки. Подібно структуровані оболонки усіх інших тонкоматеріальних тіл, окрім зовнішньої оболонки золотого тонкоматеріального тіла.

Зовнішня оболонка утворює червоні чакрові конуси всіх чакр, зовнішні оболонки червоних чакрових конусів, зовнішні шари червоної тріади зіркових каналів, середній і зовнішній шари червоних 7-шарових структур зіркових каналів, верхні і нижні зовнішні фільтраційні мембрани зіркових каналів, зовнішні шари червоних сушумнових, мерудандових, ідових та пінгалових тріад і оболонкові червоні інформаційно-енергетичні канали та мікроканали. У ній знаходяться основи червоних чакрових конусів всіх чакр і фільтраційні мембрани зіркових каналів. Зовнішньою оболонкою своєї зовнішньої частини, червоними чакровими конусами чакр і червоними фільтраційними мембранами зіркових каналів червоне тонкоматеріальне тіло здійснює ідентичні людині інформаційно-енергетичні взаємообміни у червоних діапазонах електромагнітного спектра з усіма інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища. Зовнішня оболонка і цілком зовнішня частина розміщуються навколо фізичного тіла і відносно до інших зовнішніх оболонок зовнішніх частин тонкоматеріальних тіл є розміщені внутрішньо. Тому зовнішня частина червоного тонкоматеріального тіла функціонує не лише у своєму червоному інформаційно-енергетичному середовищі, але й у середовищі світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл.

Внутрішня оболонка червоного тонкоматеріального тіла знаходиться в межах шкіри фізичного тіла і розділяє внутрішню та зовнішню частини червоного тонкоматеріального тіла. **Форма** внутрішньої оболонки ідентична із зовнішнім анатомічно-морфологічним рельєфом фізичного тіла та усіма анатомічними структурами шкіри. У самому червоному тонкоматеріальному тілі його внутрішня оболонка є одношарова, але при прониканні через неї основних – первинних, вторинних – ідентичних та компонентних тонкоматеріальних тіл виникає в червоній внутрішній оболонці велика кількість різнокольорових шарів. Їх є стільки, скільки існує основних, компонентних та ідентичних тонкоматеріальних тіл. Це властиво усім внутрішнім оболонкам усіх тонкоматеріальних тіл, крім внутрішньої оболонки золотого тонкоматеріального тіла. Червона внутрішня оболонка утворює внутрішній червоний шар усіх меридіанів, внутрішній оболонковий шар і середній шар червоних 7-шарових структур зіркових каналів, середній шар червоної тріади зіркових каналів, верхні та нижні внутрішні червоні фільтраційні мембрани зіркових каналів, середні шари червоних сушумнових, мерудандових, ідових та пінгалових тріад і внутрішньо оболонкові червоні інформаційно-енергетичні канали і мікроканали.

До червоного тонкоматеріального тіла проникає світлосяюче червоне, оранжеве, світлосяюче оранжеве, жовте, зелене, світлосяюче зелене, блакитне, бірюзове, синє, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла. Ці основні тонкоматеріальні тіла набувають його форм і структур, з'єднуються з ним в його просторі і там утворюють ідентичні тонкоматеріальні тіла, які разом з основними тонкоматеріальними тілами надають зовнішній і внутрішній оболонкам та всім структурам червоного тонкоматеріального тіла нові інтегральні голографічні структурні характеристики, структурно вдосконалюють і визначають їх розширені функціональні можливості і творять голографічну єдність з червоним тонкоматеріальним тілом.

Червоне тонкоматеріальне тіло є **базовим** з точки зору того, що через нього проникають усі інші тонкоматеріальні тіла, є для них опорою, а їх зовнішні частини і зовнішні оболонки

розміщуються навколо зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла. У фізично-біотичній енергоінформаційній космічно-земній голограмі людини червоне тіло є основою структурно-функціональної єдності з фізичним тілом, світлосяючим червоним, оранжевим, світло- сяючим оранжевим, бузковим, фіолетовим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальним тілом.

Червоне тонкоматеріальне тіло є високо специфічною основою інформаційно-енергетичного взаємообміну червоних діапазонів електромагнітного спектра між тілами, між тонкоматеріальними тілами та інформаційно-енергетичними полями Буття. В червоному тілі, у значній мірі, концентруються інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми червоного діапазону електромагнітного спектра. Інформаційно-енергетичні матерії, що поглинаються зовнішньою оболонкою червоного тонкоматеріального тіла, червоними чакровими конусами чакр, зовнішніми верхньою і нижньою фільтраційними мембранами зіркових каналів спрямовуються до внутрішньосушумнової, внутрішньомерудандової, внутрішньоідової, внутрішньопінгалової, внутрішньоправозіркової, внутрішньолівозіркової, внутрішньомеридіанових, зовнішньоструктурної і внутрішньо-структурних сіток субультраканалів, а з них до структур усіх тіл людини. Без червоного тіла неможливий оптимальний і функціонально необхідний взаємообмін, транспортування, перерозподіл і циркуляція інформації, мікрочасток, світла, енергії, інформаційно-енергетичних субстанцій та інформаційно-енергетичних біоплазм червоних діапазонів електромагнітного спектра між тонкоматеріальними тілами, фізичним тілом, інформаційно-енергетичними полями людей, тварин, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту, Бога, Духа Святого, Ісуса Христа, Божої Матері та ін.

Червоне тонкоматеріальне тіло являється **основою** червоної автономної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, яка являється сукупністю і з'єднанням червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл (Мал. 2). Є невід'ємною частиною симбіозу із фізичним тілом, первинною голографічною анатомічно-морфоутворюючою матрицею для макроструктур фізичного тіла і для біотично-фізичної енергоінформаційної космічно-земної голограмі людини. В процесі еволюційного розвитку людини її червоне тонкоматеріальне тіло є первинне відносно до фізичного тіла і вторинне відносно до золотого тонкоматеріального тіла і являється анатомо-морфоутворюючою матрицею, програмує морфогенез фізичного тіла, управляє і контролює ростом, розвитком і одночасним формуванням систем організму і фізичного тіла в цілому, оберігає генетичну ідентичність людини та регенерує пошкоджені анатомо-морфологічні макроструктури фізичного тіла. У процесі індивідуального еволюційного розвитку будь-які анатомічні, морфологічні чи фізіологічні зміни фізичного тіла відображаються у червоному тонкоматеріальному тілі. Так формується мінлива, наповнювана новою інформацією розвитку і перепрограмована червона голографічна анатомо-морфоутворююча матриця. Таким чином, первинна голографічна анатомо-морфоутворююча матриця червоного тонкоматеріального тіла поступово змінюється у відповідності до еволюційних анатомічних, морфологічних та фізіологічних змін фізичного тіла. При цьому, первинна голографічна анатомо-морфоутворююча матриця залишається стабільною структурою, яка захищає генетичну і червону інформаційно-енергетичну індивідуальну ідентичність людини, її анатомічні, морфологічні і фізіологічні відмінності. Запобігає мутаціям анатомо-морфофункціональних структур фізичного тіла, інформаційно-енергетичних матерій червоного діапазону електромагнітного спектра, а протягом життя постійно оновлює макроструктури фізичного тіла та всіх структур червоного тонкоматеріального тіла.

Червоне тонкоматеріальне тіло є **основою** червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, червоної інформаційно-енергетичної ідентичності, індивідуальності, імунітету і гомеостазу. Утримує їх характеристики у відносній стабільності з можливістю їх поступових і повільних змін прогресивно-еволюційного або небажаного регресивного розвитку.

Основні характеристики червоного тонкоматеріального тіла:

1. З погляду **поступовості виникнення** тіл людини це тіло **первинне** відносно фізичного тіла і **вторинне** відносно золотого тонкоматеріального тіла. У процесі розвитку людини спочатку виникає червоне тонкоматеріальне тіло, а вже потім фізичне тіло. В часі червоне тонкоматеріальне тіло випереджає розвиток фізичного тіла. Фізичне тіло розвивається за голографічною матрицею внутрішньої частини червоного тіла, а червоне тіло розвивається за первинною голографічною матрицею золотого тіла та за інтегральною голографічною матрицею вічних тонкоматеріальних тіл, тому воно відносно до золотого тіла та вічних тонкоматеріальних тіл первинне.
2. **З точки зору існування у Всесвіті** це тіло **тимчасове** тому, що існує тільки протягом онтогенезу, а після смерті фізичного тіла розпадається на інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми червоного діапазону електромагнітного спектра, які стають складовими інформаційно-енергетичних полів Землі, Космосу і Духовного Буття.
3. Стосовно **кольору** це **червоне** тіло, тому його називають червоним тонкоматеріальним тілом. Є найчутливішим на червоні інформаційно-енергетичні матерії і найкраще функціонує у червоних діапазонах електромагнітного спектра. У літературі відоме, як фізично-енергоінформаційне тіло або етеричне тіло.
4. **За кольоровим складом** інформаційно-енергетичної матерії, яка бере участь у будові червоного тонкоматеріального тіла, це тіло **монохроматичне**.
5. **За компонентністю** інформаційно-енергетичної матерії, яка бере участь у будові червоного тонкоматеріального тіла, воно є **монокомпонентним**.
6. **За кількістю компонентів** червоної інформаційно-енергетичної матерії червоного тонкоматеріального тіла, тіло **монокомпонентне** тому, що матерія має тільки один червоний кольоровий компонент. Червона інформаційно-енергетична матерія приймає участь у будові червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл.
7. **За щільністю** інформаційно-енергетичної матерії це тіло найщільніше, але з **пропускною здатністю**, що уможливлює прониканню через нього усіх тонкоматеріальних тіл, тому червоне тонкоматеріальне тіло утворює з ними ідентичні тонкоматеріальні тіла.
8. Відносно **діапазону електромагнітного спектра** функціонування тіла, тіло **монодіапазонове** з найвищою ефективністю функціонування в одному – червоному діапазоні електромагнітного спектра.
9. Стосовно **частоти функціонування** це тіло **моночастотне**, переважно функціонує у червоному діапазоні електромагнітного спектра. Якщо досягне універсального розвитку, здатне функціонувати у будь-якому діапазоні електромагнітного спектра.
10. З точки зору **інформаційно-енергетичної основи**, яка вміщує інформації соціальної культури і поведінки, тіло **мономаргінальне**. Якщо тіло досягне всебічного, збалансованого, гармонійного та універсального розвитку, то воно трансформується до полімаргінального.
11. З точки зору **положення** зовнішньої оболонки зовнішньої частини, тіло **внутрішнє** відносно розміщення зовнішніх оболонок зовнішніх частин усіх інших тонкоматеріальних тіл.
12. Стосовно **структурно-функціонального значення** у фізично-біотичній енергоінформаційній космічно-земній голограмі людини, це тіло є **основним** для створення автономної червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл. Без червоного тонкоматеріального тіла не можливе виникнення та існування червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, жодних ідентичних тонкоматеріальних тіл у будові яких воно бере участь і утворення специфічної та високоспецифічних червоних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм.
13. З точки зору **функціонального значення** в інформаційно-енергетичному взаємообміні це тіло **високоспецифічне і основне** у червоних діапазонах електромагнітного спектра. Тільки воно уможливлює природно чистий і в достатньому об'ємі інформаційно-

енергетичний взаємообмін у червоних діапазонах електромагнітного спектра з інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища, що дає можливість досягнути функціонально необхідної стабільності інформаційно-енергетичної ідентичності, індивідуальності, імунітету та гомеостазу червоних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм, червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл і червоного компоненту індивідуально-універсальної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми, а також тих життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм, які мають червоний компонент.

14. З точки зору **накопичення, концентрації і зберігання** інформаційно-енергетичних матерій це тіло являється **резервуаром** червоних інформаційно-енергетичних матерій, які можуть бути використані при недостатньому інформаційно-енергетичному забезпеченні червоними інформаційно-енергетичними матеріями життєздатності та життєдіяльності фізичного тіла і функціонування тонкоматеріальних тіл, що дає можливість утримувати стабільність, безперервність і достатність інформаційно-енергетично забезпечення. Ці процеси тіло здатне здійснювати у червоних діапазонах електромагнітного спектра, а при досягненні універсального розвитку у будь-якому діапазоні електромагнітного спектра.
15. З точки зору **ієрархії управління** інформаційно-енергетичних процесів в тонкоматеріальних тілах це тіло **центрального** управління транспортування, перерозподілу, циркуляції і взаємообміну червоних інформаційно-енергетичних матерій у червоній голографічній інтеграції тонкоматеріальних тіл людини. Червоне тіло дає можливість утримувати стабільну функціонально необхідну концентрацію і дифузійну напругу червоних інформаційно-енергетичних матерій, що уможливує їх цілеспрямоване та функціонально необхідне транспортування, перерозподіл, циркуляцію та інформаційно-енергетичний взаємообмін між тонкоматеріальними тілами червоної голографічної інтеграції. У випадку необхідності ці функціональні інформаційно-енергетичні процеси здійснюються червоним тонкоматеріальним тілом у світлосяючій червоній, оранжевій, світлосяючій оранжевій, бузковій, фіолетовій, рожевій, білій і золотій інтеграції тонкоматеріальних тіл. Червоному тонкоматеріальному тілу допомагає світлосяюче червоне, оранжеве, світлосяюче оранжеве, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла. Ці тіла можуть у будь-який момент перейняти управління червоних інформаційно-енергетичних матерій, при цьому будуть послаблені їх основні функції тому, що їх інформаційно-енергетичний потенціал буде використаний для компенсації недостатності функції процесу управління червоного тонкоматеріального тіла. Одночасно з функцією центрального управління червоне тонкоматеріальне тіло має **функцію периферійного управління** інформаційно-енергетичних процесів у своїх межах. Цією функцією володіють і управляють тонкоматеріальні тіла вищих частот, які мають червоні діапазони електромагнітного спектра. Такими тілами являються світлосяюче червоне, оранжеве, світлосяюче оранжеве, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте. Найбільші можливості управління має золоте тонкоматеріальне тіло - якщо оптимально розвинуте, якщо недостатньо розвинуте – тоді біле тонкоматеріальне тіло, коли це тіло недостатньо розвинуте – то рожеве тонкоматеріальне тіло, коли й воно недостатньо розвинуте – тоді фіолетове тонкоматеріальне тіло.

Червоне тонкоматеріальне тіло людини це первинна червона інформаційно-енергетична голограма, яка вміщує специфічні структури і структури ідентичні фізичному тілу. Тіло побудоване червоною інформаційно-енергетичною матерією духовного, космічного, земного і людського походження з минулого, теперішнього та майбутнього часу. Його **внутрішня частина** структурована так само, як фізичне тіло, **зовнішня частина** не структурована, але структурується проникнутими частинами структур зовнішніх частин усіх решти тонкоматеріальних тіл, є **заповнена** специфічною червоною життєвою інформаційно-енергетичною біоплазмою, високо специфічними червоними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами та індивідуально-універсальною життєвою інформаційно-енергетичною біоплазмою. Специфічна і високоспецифічні червоні інформаційно-енергетичні біоплазми утворює червоне тіло. Індивідуально-універсальну життєву інформаційно-

енергетичну біоплазму утворюють усі тонкоматеріальні тіла, які проникають крізь червоне тонкоматеріальне тіло. **Універсальна біоплазма** вміщує усі для людини природні діапазони електромагнітного спектра. **Зовнішня оболонка** зовнішньої частини тіла ідентична формі анатоμο-морфологічного рельєфу фізичного тіла і розміщується між поверхнею шкіри і оболонкою зовнішньої частини світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла. Червоне тонкоматеріальне тіло **голографічно інтегрується** зі світлосяючим червоним, оранжевим, світлосяючим оранжевим, бузковим, фіолетовим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальним тілом, **утворюючи** червону голографічну автономію тонкоматеріальних тіл і є її основою (Мал.2). **Своїми** інформаційно-енергетичними матеріями та біоплазмами бере участь у створенні червоної, світлосяючої червоної, оранжевої, світлосяючої оранжевої, бузкової, фіолетової, рожевої, білої і золотої голографічної автономії та інтегральності цих тіл. **Забезпечує** їх інтегральне, автономне і специфічне функціонування на основі червоних діапазонів електромагнітного спектра.

Морфофункціональна норма, гіпотрофія, гіпофункція, гіпертрофія і гіперфункція зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла впливають на розвиток людини, її тіл, властивостей, особливостей, здібностей, функціональних можливостей, стан здоров'я, характер фізіологічних, психічних, інтелектуальних, ментальних, емоціональних, моральних, етичних, естетичних, ПСІ-феноменальних, духовних, душевних, божественних, антидуховних, антидушевних, антибожественних та відповідних соціальних проявів.

Продовження у випуску 28 (94)

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильчук А. Л. Функціональна анатомія тонкоматеріальних тіл людини. Львів.: „Каменярь”, 2003. - 416 с. + 24 акр. вклейок.
2. Васильчук А. Л. Атлас функціональної анатомії тонкоматеріальних тіл людини. Львів.: „Каменярь”, 2003. - 648 с.
3. Васильчук А.Л. Біолокація тонкоматеріальних тіл людини. - Львів: Сполом, 2007. - 600 с. з іл.
4. Vasil'čuk Anatolij. Enioanatomie jemnohmotných těl člověka / Monografie. – Skalica: Elena Mikúšová MM, 2009. – 1 144 s., 407 barevných obrázků.
5. Vasil'čuk Anatolij. Enioanatomický výkladový slovník. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 r. – 1 592 s.
6. Vasil'čuk Anatolij. Enioanatomický obrazový slovník. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 r. – 784 s.
7. Vasil'čuk Anatolij. Mezioborový slovník eniologie. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 r. – 400 s.
8. Vasilchuk Anatolij. The Enioanatomy of Human Subtle Bodies / Monograph. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 y. – 684 s.: il.

Р.О. КУЛИНИЧ

РОЛЬ САНАТОРІО-ПРОФІЛАКТОРІО В ЗБЕРЕЖЕННІ ТА ЗМІЦНЕННІ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

Стаття розглядає можливості виховання культури здоров'я і культури поведінки у студентів Вищих навчальних закладів.

Ключові слова: молодь, здоров'я, санаторій-профілакторій.

Статья рассматривает возможности воспитания культуры здоровья и культуры поведения у студентов Высших учебных заведений.

Ключевые слова: молодёжь, здоровье, санаторий-профилактикрий.

The article considers opportunities of education of culture of health and a culture of behavior at students of Higher educational institutions.

Key words: youth, health, sanatorium

У далекому 1950 р. в гуртожиток по вул. Герцена, 7 прийшли на оздоровлення перші 25 студентів.

Крім 25 стаціонарних місць для поселення, була досить скромна лікувальна база, що складалася з двох медичних кабінетів: процедурного і фізіотерапевтичного, у якому працювало два лікувальні апарати, та харчоблоку.

З 1955 року санаторій-профілакторій Університету розширили до 50 стаціонарних місць, відкрили кабінет лікувальних ванн (найулюбленіша процедура студентів).

У 1978-1980 роках значно поліпшено умови оздоровлення. Відремонтували всі приміщення закладу. Розширили площу фізіотерапевтичного кабінету, кількість лікувальних апаратів збільшили до 12, обладнали устаткуванням кабінети: стоматологічний, лікувальної фізкультури і масажу, інгаляторій, реконструювали кабінет лікувальних ванн, у харчоблоці покращили інтер'єр зали-їдальні, придбали нові меблі. Стіни закладу прикрасили стендами на актуальні для студентів медичні теми. У кожному заїзді серед студентів обирали актив, що допомагав організовувати дозвілля – тематичні вечори відпочинку у святкові й вихідні. До святкових дат відпочивальники готували стінні газети “Блискавки” з гумористичними статтями, віршами, малюнками.

Оновлені умови оздоровлення надихають студентів і працівників санаторію-профілакторію на добрі справи, тут доброзичлива, творча атмосфера і взаємоповага. Усі ці роки студентів вабить у санаторій-профілакторій, як до цілющого джерела, де можна отримати добрий настрій, натхнення до життя і навчання, до творення прекрасного. А в працівників зростає професіоналізм, майстерність та бажання працювати краще.

Цікаво проходять конкурси “Найкращий у професії” серед медичних працівників та працівників харчоблоку, а також змагання між санаторіями-профілакторіями, що потребувало значної попередньої праці з поглиблення професійних знань.

Наші працівники блискуче виконували завдання, конкурси відбувалися жваво, з дискусіями. Це давало змогу повірити у свої сили і сприяло новим досягненням.

Після 1978 р. колектив санаторію-профілакторію ЛНУ ім. Івана Франка неодноразово здобував призові місця серед санаторіїв-профілакторіїв Львівської області. У 1986 року за найкращу організацію лікувального процесу та високі показники в роботі він виборов перше місце в Україні. Почесні відзнаки санаторій-профілакторій здобував і впродовж недавнього часу, зокрема від виконавчої дирекції Львівського обласного Фонду соціального страхування, від профспілкових організацій та адміністрації Університету.

Щороку в санаторії-профілакторії є 12-13 заїздів, за рік оздоровлюємо 600-650 осіб, а якщо вдатися до арифметики, то за 64 років оздоровилося 41 400 студентів.

Усі два десятки наших працівників – високого рівня фахівці, медиків атестовано на першу та вищу кваліфікаційну категорію, кухарі та офіціанти мають відповідні розряди. На виробничих нарадах аналізуємо всі процеси діяльності, регулярно моніторимо якість відбору на оздоровлення та якість оздоровчої роботи, проводимо анонімне анкетування студентів. Уважно вивчаємо їхні відгуки, побажання, зауваження, виправляємо свої недоліки. Намагаємося урізноманітнити процес оздоровлення, дедалі активніше виховувати в студентів навички здорового способу життя. У спілкуванні зі студентами панує взаєморозуміння, взаємоповага, доброзичливість і терпіння.

В колективі є працівники, що працюють з 1980-1990-х років. Завдяки загартованому кадровому потенціалу впродовж років нам вдається зберегти та примножити гарні традиції. Для досягнення успіхів у роботі велике значення має позитивний психологічний клімат у колективі, а спільна праця об'єднує людей, породжує довіру, виявляє лідерів, дає змогу молодим фахівцям виявити себе.

За статистикою, 75% хвороб дорослого населення залежить від рівня якості життя та шкідливих звичок у роки навчання, тому виховання в молоді потреби збереження та зміцнення здоров'я – головний критерій доцільності всіх сфер діяльності державних закладів.

В Університеті роботу санаторію-профілакторію розцінюють як діяльність, спрямовану на збереження та зміцнення здоров'я студентів. Якісна освіта та міцне здоров'я – запорука життєвого успіху.

Здоров'я в наш час розглядається, як показник цивілізованості та соціально – економічного і культурного стану нації.

Внаслідок руйнування традицій, втрати генетичної пам'яті нації, погіршення екології, зростання загальної захворюваності населення, молодь України, як найбільш соціально незахищена, знаходиться в умовах значного ризику для здоров'я.

За таких умов не можна недооцінювати можливості студентських санаторіїв – профілакторіїв. Санаторій – профілакторій (СП) Львівського національного університету імені Івана Франка – лікувально-профілактичний заклад санаторного типу, проводить лікувально-оздоровчу роботу серед студентів без відриву від навчання. СП є важливою ланкою в оздоровленні студентів в загальній системі охорони здоров'я. Розрахований на 50 стаціонарних місць, за рік оздоровлює 600-650 осіб. Розташований в студентському містечку. Завдяки батьківському ставленню до студентів адміністрації Університету санаторій-профілакторій сьогодні відповідає сучасним вимогам оздоровниці, тут є зручні соціально-побутові умови проживання та хороша лікувальна база. Працює згідно ліцензії МОЗ України на медичну практику та Акредитаційного сертифікату Першої категорії.

Лікувальна база складається з таких кабінетів: лікарського прийому; процедурного; інгаляторію на 8 точок; фізіотерапевтичного; електросну; штучного мікроклімату; лікувальної фізичної культури та масажу; електрокардіографії; фітотерапії та стоматологічного.

Лікувальна робота проводиться з урахуванням специфіки навчального процесу, в тісному контакті з студентською поліклінікою та студентською лікарнею.

Основна мета санаторію-профілакторію направлена на зниження захворюваності.

На захворюваність студентів впливає нерегулярне незбалансоване харчування, нервові перенапруження, переохолодження, низький рівень імунітету, а також хронічні захворювання, набуті в шкільний період.

В повсякденній оздоровчій роботі надається перевага попередженню рецидивів, загострень та ускладнень хронічних захворювань, оздоровленню груп ризику, а також профілактичне оздоровлення студентів 1-2 – х курсів навчання з явищами дезадаптації до нових умов життя і навчання.

Робота медичних кабінетів проводиться у зручний для відпочиваючих час – в другій половині дня.

Впродовж оздоровлення проводяться заходи із вироблення важливих життєвих навичок здорового способу життя:

1. проводяться індивідуальні бесіди з основ знань свого захворювання та профілактиці загострень.
2. проводяться бесіди з основ здоров'я та аналіз різноманітних життєвих ситуацій.
3. засвоюються правила здорового харчування та особистої гігієни.
4. виховується розуміння значення виконання вправ лікувальної фізкультури при захворюваннях хребта та порушень постави.
5. формується усвідомлення шкідливості тютюну, алкоголю та наркотиків.
6. формується позитивна мотивація щодо здорового способу життя.
7. контролюється виконання призначень лікарем індивідуальних оздоровчих заходів.

Практика переконує, що успіх залежить від свідомого відношення до свого здоров'я відпочиваючих.

Всю роботу колективу санаторію – профілакторію побудовано так, щоб виконувався оптимальний розпорядок для відпочиваючих, максимально підтримувався лікувально-охоронний режим в закладі, що забезпечувало б умови реабілітації та відновного лікування, гігієнічне виховання.

Серед лікувально-профілактичних заходів важливе значення надається раціональному харчуванню, яке сприяє профілактиці захворювань, підвищенню працездатності, а також створює необхідні умови адаптації організму до змін навколишнього середовища. Нові дослідження інститутів харчування дозволили оцінити дію їжі на організм на рівні найтонших структур.

Впровадження методу фітотерапії трав'яними чаями, відварами, настоями, які з задоволенням споживають відпочиваючі, також значно вплинуло на результати оздоровлення хворих шлунково-кишковими захворюваннями, а також захворюваннями сечовидільної та нервової системи.

Фізіотерапевтичні процедури діючи на центральну та периферичну нервову систему нормалізують сон, посилюють обмін речовин. Для лікування захворювань дихальних шляхів застосовуємо тепло – вологі інгаляції з мінеральними водами, лугами, бронхолітичними сумішами, медом, прополісом, настоями і відварами трав. Застосовуємо електрофорез ліками, біодинамічні струми, д'арсонвалізацію, магнітотерапію, ультразвук, ампліпульстерапію, УВЧ-терапію, електросон, ультрафіолетові та інфрачервоні промені.

В стоматологічному кабінеті для лікування захворювань порожнини рота застосовується електрофорез ясен, УВЧ-терапію, місцеві аплікації з прополісом та відварами трав.

В кабінеті ЛФК і масажу проводиться кваліфікований масаж та лікувальна фізкультура на тренажерах, стінці «Здоров'я», апараті Євменова.

Від здоров'я молодого покоління залежить, як майбутнє кожної особи, так і розвиток знань, традицій, науки, як перспектива для всього суспільства. За сьогоdnішніх умов, коли у держави на охорону здоров'я бракує коштів, а більшість громадян, в тому числі і студенти не спроможні платити за високо-технологічні медичні послуги, найдешевшим і надійнішим методом збереження здоров'я є вміння дотримуватись здорового способу життя.

Студенти вузів і коледжів, в яких є санаторій-профілакторій мають таку можливість.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лобода М.В., Колесник Є.О. Основи курортології. – К., 2003

2. Корягін Ю. Здоров'я і спосіб життя // Ваше здоров'я. – 2005. – №40.
3. Колесник Є.О. Рекомендовані стандарти санаторно-курортного лікування. – К., 2003.
4. Колесник Є.О. Організація харчування в санаторно-курортних закладах. – К., 2007.
5. Кривошеина І. «Какая среда такая еда» //Здоровье и питание. – 2004. – №3.
6. Полторанов В.В. Санаторно-курортне лікування та його ефективність / В. В. Полторанов. – К., 1969.
7. Данилов Ю.Є. Довідник з курортології і курортотерапії/ Ю. Є. Данилов, – К., 1973.

Ю.О. МАТВИЄНКО

ПРОБЛЕМИ НЕЙРОТУБЕРКУЛЬОЗУ

Матеріал представляє сучасні дані щодо клінічної картини і лікування неврологічних проявів туберкульозу.

Ключові слова: туберкульоз, неврологічні прояви, туберкульозний менінгіт, клінічна картина, лікування, протитуберкульозні препарати, кортикостероїди, прогноз

Материал представляет современные данные относительно клинической картины и лечения неврологических проявлений туберкулёза.

Ключевые слова: туберкулёз, неврологические проявления, туберкулёзный менингит, клиническая картина, лечение, противотуберкулёзные препараты, кортикостероиды, прогноз

This article presents up-to-date data on the clinical picture and management of neurological manifestations of tuberculosis.

Key words: tuberculosis, neurological manifestations, tuberculous meningitis, clinical picture, management, tuberculostatics, corticosteroids, outcome

ВСТУП

Туберкульоз залишається серйозним викликом для охорони здоров'я і визнаний ВООЗ глобальним невідкладним станом у 1993 році. Згідно з оцінками цієї організації, щороку на туберкульоз захворює 7–8 млн. осіб і помирає 3 млн. Частота позалегенового туберкульозу прямо пропорційна частоті легеневого, а ураження нервової системи сягає 5–15% у першій групі із значним залученням дітей. Існують різні клінічні форми нейротуберкульозу (НТБ). Практично всі вони викликані *M. tuberculosis*.

Актуальний огляд присвячений патоморфології, клінічній картині і терапії неврологічних ускладнень туберкульозної інфекції.

ПАТОМОРФОЛОГІЯ

Туберкульозний менінгіт

Цей стан характеризується менінгоенцефалітом із залученням як мозкових оболонок, так церебральної паренхіми і судинної системи. Первинним процесом є утворення товстого желатинозного туберкульозного ексудату і його поширення по субарахноїдальному простору. Зазвичай таке відбувається на основі черепа і поширюється в базальні цистерни і сільвієву борозну. Аналогічно ексудати нерідко залучають судинні сплетення бічних шлуночків. Мікроскопічно вони включають полімофноядерні лейкоцити, макрофаги, лімфоцити і еритроцити в комплексі з бацилами, а з прогресуванням захворювання починають домінувати лімфоцити і сполучнотканинні елементи. Капіляри, вени, дрібні артерії по сусідству з ексудатом запалюються. Васкуліт, котрий спричиняє судинну оклюзію і мозкову ішемію, є поширеним наслідком туберкульозного артеріїту. Гідроцефалія переважно сполучного типу

виникає через порушення відтоку ліквору, викликаного блокуванням базальних цистерн, 4-го шлуночка і водопроводу.

Дія ексудату, васкуліту і гідроцефалії впливає на мозкову паренхіму — розвиваються різні форми набряку, периваскулярна інфільтрація і мікрогліальна реакція (“межовий енцефаліт”). За відсутності терапії хронічна гідроцефалія викликає атрофію сірої і білої речовини.

Внутрішньочерепна туберкульоза

Патогенез внутрішньочерепної туберкульозної ідентичний туберкульозному менінгіту. Вони представляють несудинні грануломатозні новотвори, в основі яких містяться епітеліоїдні клітини, а по периферії — лімфоцити і гігантські клітини Лангерганса. Усередині часто знаходять некротичні ділянки казеозного матеріалу, часто нагноєні, звідки можна висіяти палички Коха. Туберкульоз переважно мають субтенторіальну локалізацію в дітей, але супратенторіальну — у дорослих. Рідше вони трапляються в зоні турецького сідла і шишкоподібного тіла. Інколи виявляють їх парадоксальне збільшення на фоні туберкулоостатичної терапії.

Туберкульозний абсцес

Коли казеозна основа туберкульозної розріджується, формується туберкульозний абсцес. Вони зазвичай дещо більшого розміру, одиничні або численні, частіше виникають при імуносупресії. Абсцеси туберкульозного генезу трапляються рідше, ніж туберкульоз, більш ймовірно асоціюються з набряком мозку. У них наявний виражений гній, що включає багато поліморфноядерних лейкоцитів і бацил, а стінки не мають грануломатозної реакції.

При НТБ абсцес представляє кінець спектра запальної реакції. Фактори, котрі сприяють його формуванню, залишаються невідомими. Ймовірно, це резистентність макроорганізму, маршрут і масивність інфікування. Певний стосунок до згаданих процесів, зокрема розрідження казеозного матеріалу, ймовірно, мають гідролітичні ферменти (протеази, ліпази, нуклеази).

Туберкульозна енцефалопатія

Ця клінічна одиниця була описана виключно в новонароджених і дітей. Вона включає дифузний набряк білої і частково — сірої речовини. Лейкоенцефалопатію виявляють не лише по сусідству, але і в місцях, віддалених від зон ексудату. Описаний стан є рідкісним, розвивається як ускладнення легеневого туберкульозу, також характеризується масивною демієлінізацією головного мозку.

Хронічний туберкульозний менінгіт

Хронічний менінгіт означають як клінічний синдром, що характеризується ознаками менінгіту або менінгоенцефаліту і змінами ліквору, які персистують принаймні 4 тижні. Його можуть викликати різні інфекційні та неінфекційні чинники. Серед інфекційних найважливіше значення мають *M. tuberculosis*, *C. neoformans* і *Tenia solium metacestode*.

КЛІНІЧНА КАРТИНА

Симптоматика захворювання є відображенням патоморфологічних змін, котрі модифікуються щодо віку хворих. Щоб адекватно оцінити ступінь тяжкості захворювання, було запроваджено систему стадіювання. Вона виявилася дуже цінною у структуруванні й інтерпретації ефективності туберкулоостатичної терапії, а також прогнозу хвороби.

У продромальному періоді (2–4 тижні) у пацієнта зазвичай наявні неспецифічні симптоми (загальна слабкість, анорексія, лихоманка, міальгії і болі голови). Такі ознаки, як фотофобія, біль голови, лихоманка, нудота, блювання і ригідність м'язів потилиці із різними змінами психічного статусу є найвизначальнішими клінічними рисами розгорнутого НТБ.

Тривалість презентуючих симптомів може сягати від 1 дня до 9 місяців. Клінічні прояви НТБ не модифікуються ВІЛ-інфекцією, як, наприклад, при криптококовому менінгіті. Гідроцефалія частіше спостерігається у дітей, ніж у дорослих. Неперервна субфебрильна температура зазвичай наявна у 80% пацієнтів. Згідно з висновками кількох досліджень, з'ясування факту недавнього контакту із туберкульозним хворим більш помічне в діагностиці

(70–90%), ніж власне анамнез пацієнта (до 55%). Поширеними є паралічі черепних нервів, зокрема 6-го і рідше — 3-го, 4-го, 7-го і 8-го. Геміпарез, набряк дисків зорових нервів і судоми трапляються в 10–15% уражених осіб. Із прогресуванням захворювання наростають ознаки церебральної дисфункції. Поведінкові зміни (апатія, дезорієнтація) мають схильність до трансформації в летаргію, сопор, кому. Термінальні стадії хвороби характеризуються глибокою комою, децеребраційною ригідністю, спазмами. Клінічні симптоми туберкульозу пов'язані з її локалізацією в головному мозку і характеризуються внутрішньочерепною гіпертензією, болями голови, судомами і набряком дисків зорових нервів. Лихоманка й ознаки системної інфекції при цьому наявні рідко. Симптоматика часто хронічна і повільно прогресуюча, середня тривалість — кілька тижнів або місяців. Туберкульозні абсцеси мають швидшу еволюцію клінічної картини порівняно з туберкульозами, їх презентуючими симптомами переважно є гострий біль голови із лихоманкою і фокальний неврологічний дефіцит, як правило, супратенторіального генезу.

ЛІКУВАННЯ І ПРОГНОЗ

Лікування НТБ, подібно до інших форм туберкульозної інфекції, спрямоване на знищення як внутрішньоклітинних, так і позаклітинних збудників та запобігання розвитку медикаментозної резистентності з допомогою комбінованої фармакотерапії. Важливими факторами визначення прогнозу є рання діагностика, клінічне стадіювання хворих на основі клінічних проявів і швидке призначення туберкулостатичних агентів. Сьогодні не існує загального консенсусу щодо того, яку кількість препаратів застосовувати і протягом якого періоду. Проте, відштовхуючись від показників ефективності і токсичності, антитуберкульозні ліки класифікуються на агенти першого і другого ряду. До перших належать ізоніазид, рифампіцин і піразинамід, вони добре проникають у ліквор. При запаленні мозкових оболонок концентрації цих медикаментів у спинномозковій рідині (СМР) еквівалентні або навіть вищі, ніж за відсутності запалення. Ізоніазид, піразинамід, етіонамід і циклосерин добре проникають у субарахноїдальний простір незалежно від того, є запальний процес чи його немає. Рифампіцин у цьому сенсі гірший. Рифампіцин, стрептоміцин і етамбутол проникають в адекватних концентраціях у ліквор лише при запалених оболонках.

Режими лікування

Хоч не існує переконливих клінічних досліджень, на висновках яких можна пропонувати певні схеми терапії НТБ, актуальні рекомендації значною мірою базуються на стратегіях лікування легеневого туберкульозу. Режими прийнятого лікування є короткотривалі (6 місяців) і довготривалі (9–12 місяців). Британське товариство торакальних лікарів і Центр контролю за хворобами США пропонують застосовувати комбінацію ізоніазиду (діти: 10–20 мг/кг/добу, дорослі: 5 мг/кг/добу, максимальна доза: 300 мг/кг/добу) і рифампіцину (діти: 10–20 мг/кг/добу, дорослі: 10 мг/кг/добу, максимальна доза: 600 мг/добу) протягом 12 місяців, котру доповнюють піразинамідом (діти і дорослі: 15–30 мг/кг/добу, максимальна доза: 2000 мг/добу) і четвертим препаратом протягом принаймні перших 2 місяців терапії. Четвертий медикамент на ініціальній стадії лікування є стрептоміцин (20–40 мг/кг/добу) або етамбутол (15–25 мг/кг/добу). Стероїди використовують як ад'ювантну терапію при тяжких формах захворювання (2–3 стадія). Рекомендована тривалість призначення препаратів — 12 місяців у неускладнених випадках НТБ і 18 місяців при непереносимості піразинаміду. При туберкульозі головного мозку без менінгіту бажана 12-місячна тривалість лікування. Етамбутол обережно використовують у пацієнтів без свідомості (3 стадія хвороби), коли неможливо адекватно провести оцінку гостроти зору. Ізоніазид індукує виникнення периферичних нейропатій у дітей, тому до схеми фармакотерапії слід включати піридоксин (25–50 мг/кг/добу), особливо при грудному вигодовуванні і неадекватному харчуванні в цієї категорії пацієнтів. Фармакокінетичні дослідження свідчать, що застосування ізоніазиду в дітей з розрахунку 5 мг/кг є оптимальним для поліпшення клінічного прогнозу. Міжнародна спілка проти

туберкульозу і легеневих захворювань (IUATLD) та Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендують денну дозу цього препарату у педіатричній популяції 5 мг/кг і максимальну добову — 300 мг. У дітей з десимінованим туберкульозом, які неадекватно харчуються, може виникати гепатотоксичність при перевищенні добової дози ізоніазиду 10 мг/кг. Це ускладнення розвивається незалежно від варіацій прогнозу щодо стадії хвороби. Donald et al. не спостерігали виражених побічних реакцій при високих дозах медикаменту (20 мг/кг) у комбінації з рифампіцином, ізоніазидом і етамбутолом протягом 6 місяців. Незважаючи на можливу гепатотоксичність, його великі дози включені у режими агресивної туберкулостатичної терапії з метою подолання бактеріальної резистентності і досягнення в 10–20 разів вищої МІС для збудників у секвестрованих ділянках організму.

У літературі часто повідомляли про “парадоксальні реакції” на протитуберкульозні агенти при НТБ та різних формах позаневрального туберкульозу протягом перших тижнів або місяців лікування. У систематичному огляді Farinha et al. повідомляють про майже 20% пацієнтів, у котрих виникло парадоксальне збільшення розмірів туберкульоми протягом перших 2–5 місяців після ініціації терапії туберкульозного менінгіту. Патофізіологія такого феномену залишається незрозумілою, хоча, згідно з деякими гіпотезами, має імунологічне походження. Більшість досліджень дають підставу думати, що пролонговані (12–18 місяців) курси протитуберкульозного лікування, що включають ізоніазид, піразинамід і високі дози стероїдів, будуть адекватними для контролю церебральної туберкульоми. Обґрунтуванням для використання чотирьох туберкулостатиків при всіх формах НТБ є покриття можливих випадків медикаментозної резистентності, запобігання загостренням і ефективніша терапія неневрологічних варіантів хвороби, зокрема легеневих. Частота загострень і невдач лікування визначається мультимедикаментозною резистентністю (ММР) і поганою комплаєнтністю. ММР означають як резистентність до ізоніазиду чи рифампіцину із паралельною резистентністю до інших препаратів чи без неї. Вона може бути як первинною (переважно в Африці та Індії), так і вторинною. Визначення раннього бактеріального кліренсу (РБК) є важливим чинником клінічної ефективності протитуберкульозних агентів. Цей показник означають як зниження \log_{10} з кількості колонієутворюючих одиниць (КУО) в мм харкотиння на день протягом перших 2 днів лікування. У випадку первинної резистентності до ізоніазиду Британське товариство торакальних лікарів рекомендує комбінацію рифампіцину, піразинаміду, етамбутолу і стрептоміцину протягом 2 місяців, після цього застосовують поєднання рифампіцину й етамбутолу протягом 7 місяців; при вторинній резистентності ізоніазид необхідно відмінити, а етамбутол (15 мг/кг) і рифампіцин призначають протягом 12 місяців разом із 2-місячним курсом піразинаміду. Набута резистентність є головною причиною ММР при туберкульозі. Дослідження Quу et al. переконливо свідчить, що названий фактор залишається визначальним при терапевтичних невдачах і загостреннях у фтизіатричних пацієнтів. Туберкульозний менінгіт на фоні ММР асоціюється з дуже високою смертністю (близько 85%). Разом з тим Farinha et al. повідомляють про випадки паралельної резистентності до ізоніазиду, рифампіцину, етамбутолу і стрептоміцину при неперервному лікуванні туберкулостатиками. У таких ситуаціях терапію необхідно починати з п'яти та більше препаратів, до яких мікроорганізм, вірогідно, буде чутливий. Відштовхуючись від клінічної оцінки та радіологічних даних застосування специфічних агентів має продовжуватися в комбінації принаймні 3 медикаментів, до яких збудник чутливий *in vitro*, протягом більш ніж 18 місяців. Рекомендований режим фармакотерапії при ВІЛ-інфекції включає 6–9-місячний курс ізоніазиду (10–15 мг/кг/добу), рифампіцину (10–15 мг/кг/добу), етамбутолу (25 мг/кг/добу) або піразинаміду (20–30 мг/кг/добу), а як четвертий медикамент іде стрептоміцин або клофазимін. При церебральних або інших формах туберкульозу, спричинених нетуберкульозними мікобактеріями, наприклад *M. avium-intracellulare*, до схеми лікування входять азитроміцин (500–1000 мг/добу), кларитроміцин (500–1000 мг/добу) у комбінації із клофазиміном (100 мг/добу) або етамбутолом (15 мг/кг/добу). Зникнення мозкових вогнищ при застосуванні

спарфлоксацину та етамбутолу протягом 12 місяців у хворих на НТБ вказує на те, що перший агент може бути альтернативним вибором, особливо у випадках непереносимості або резистентності до туберкулостатиків першого ряду. Туберкульозні зазвичай зменшуються в розмірах і повністю зникають в інтервалі 2–3 місяців після початку специфічної терапії, хоча вона може тривати довше (навіть роками), щоб сформувалися резидуальні кальцифікати.

Іншими альтернативними протитуберкульозними ліками, що використовуються при резистентних до багатьох специфічних агентів формах захворювання, є рифампіцини, макроліди, фторхінолони і β-лактами. Рифабутин був активний проти 30% ізолятів *M. tuberculosis*, резистентних до рифампіцину, і нині замінений у рекомендованих режимах у деяких ВІЛ-позитивних хворих. Макроліди (рокситроміцин) і β-лактами (коамоксиклав) мають пригнічуючий ефект на збудник туберкульозу в ситуаціях ММР, але у літературі немає повідомлень щодо їх застосування при НТБ.

Фторхінолони, хоча й не схвалені для використання у дітей, мають певну ефективність у терапії туберкульозу з ММР. В одному дослідженні повідомляли про 81% рівень виліковування при призначенні комбінації офлоксацину/левофлоксацину з іншими агентами — аміноглікозидами (канаміцин, стрептоміцин, амікацин), етіонамідом чи протіонамідом, циклосерином, піразинамідом або коамоксиклавом і клофазиміном, залежно від результатів чутливості *in vitro*.

Роль кортикостероїдів

Застосування кортикостероїдів у лікуванні різних ускладнень туберкульозного менінгіту залишається контрверсійним. Обґрунтуванням для їх призначення є зменшення побічних ефектів запалення, з іншого боку, реалізуючи такий вплив, вони діють на проникнення протитуберкульозних препаратів у ліквор і ускладнюють інтерпретацію його аналізів. У кількох дослідженнях не виявили статистичної достовірності між співвідношеннями концентрації у плазмі і СМР ізоніазиду, піразинаміду, рифампіцину чи стрептоміцину у пацієнтів на стероїдотерапії та без неї. При використанні гормонів наявне поліпшення показників смертності на пізніх (2–3) стадіях захворювання. Проаналізувавши висновки кількох клінічних досліджень, Dooley et al. рекомендують кортикостероїди для лікування пацієнтів із помірно-важкими формами НТБ з метою зменшення ускладнень і поліпшення рівня виживання. Це підтверджено рекомендаціями Об'єднаного комітету з проблем туберкульозу Британського товариства торакальних лікарів включати названі препарати в режими протитуберкульозного лікування. Останні дослідження не засвідчили ефекту від гормонів на 1 стадії хвороби, разом з тим, якщо терапію ініціювати з них, то рівні ускладнень зменшуються. В останньому дослідженні Schoeman et al. оцінювали ефективність кортикостероїдів і виявили, що окрім позитивного впливу на показники виживання вони поліпшували прогноз когнітивних функцій і стимулювали зникнення базальних ексудатів і внутрішньочерепних туберкульозів за даними КТ.

Можливими показаннями для призначення названих агентів є підвищений внутрішньочерепний тиск, набряк головного мозку, наявність вогнищевих неврологічних симптомів, гідроцефалії, церебральних інфарктів і базального оптико-хізмального пахіменінгіту. Рекомендовані дози преднізолону становлять 60 мг/добу в дорослих і 1–2,5 мг/кг/добу в дітей, для дексаметазону ці дози дорівнюють 8–16 мг у всіх вікових групах, причому препарат призначають протягом 3–6 тижнів, із подальшою поступовою відміною протягом 2–4 тижнів. Дослідження, базовані на окремих клінічних випадках і серіях пацієнтів, дають підставу думати, що терапія будь-якої форми НТБ має включати туберкулостатики із відповідною ММР і високі дози глюкокортикоїдів.

Хірургія

Хірургічні втручання при неврологічних ускладненнях туберкульозу потрібні за наявності внутрішньочерепної туберкульозної емпієми, а також гідроцефалії, туберкульозу і туберкульозних абсцесів. Гідроцефалія, якщо її не лікувати, може спричинити незворотний неврологічний дефіцит і навіть смерть. Серійні люмбальні пункції, осмодіуретики чи

накладання зовнішнього вентрикулярного дренажу знижують внутрішньочерепний тиск і відтермінують прогресування цього стану. За неефективності названих заходів накладання вентрикулоперитонеального або вентрикулоатріального шунтів полегшує неврологічну симптоматику. На кінцевий прогноз, проте, суттєво впливають ускладнення від таких процедур. Згідно з дослідженнями Palur et al., у хворих із 1–2 стадією хвороби або у стані коми спочатку застосовують зовнішнє дронування. Якщо клінічне поліпшення не настає за 24–48 годин, тоді накладають вентрикулоперитонеальний шунт. Слід пам'ятати, що при цій маніпуляції в пацієнта інколи розвивається вторинний туберкульозний перитоніт. Інше довготермінове дослідження раннього шунтування при легко-помірній гідроцефалії засвідчило достовірне поліпшення в аспектах смертності і регресу хвороби. Невідкладна КТ тут корисна як в аспектах діагностики, так і лікування.

При туберкульозах оперативне втручання залишалось єдиним виходом перед запровадженням туберкулостатичних препаратів у практику. Як при декомпресійних, так і резекційних маніпуляціях рівень смертності перевищував 50%. Нині роль хірургічних методів дуже мінімалізована. Проте їх необхідно брати до уваги, коли туберкульоза єдинична, асоційована внутрішньочерепна гіпертензія не реагує на консервативне лікування або діагноз залишається сумнівним.

Прості пункції, неперервне або фракційне дронування, повторні аспірації через трепанаційні отвори, стереотактичні аспірації або тотальне висікання є методами вибору при туберкульозному абсцесі. Якщо неможливо здійснити аспірацію гною з несполучних порожнин, стає необхідним повне видалення. З іншого боку, при наявності сполучних порожнин може бути ефективним і просте дронування. Хірургічне висікання з агресивною туберкулостатичною терапією є стрижнем у лікуванні внутрішньочерепного абсцесу туберкульозного генезу. Згідно з даними Kumar et al., таким чином успішно лікували п'ять пацієнтів із 6 випадків.

Прогноз

Найважливішою детермінантою НТБ є неврологічна стадія захворювання, при якій розпочато лікування. Якщо туберкулостатики і кортикостероїди почали давати перед 1 стадією, то захворюваність і смертність залишаються низькими, на 3 стадії смертність сягає 50%, а ті, хто вижили, матимуть виражений резидуальний дефіцит. Відтермінування специфічних агентів у коматозного пацієнта зазвичай асоціюється з дуже поганим прогнозом. Причиною такого відтермінування може бути низький рівень діагностичної настороженості, неспецифічна лікворологічна картина, брак анамнестичних даних. Іншими факторами, що корелюють із поганим прогнозом, є вік хворого (до 3 і після 50 років) та співіснування міліарного туберкульозу. Неприятливі показники СМР — знижений рівень глюкози і дуже підвищений — білка. Окрім того, несприятливими чинниками НТБ є внутрішньочерепна гіпертензія з гідроцефалією, інфікування мультирезистентними штамми, асоційована ВІЛ-інфекція і дитячий вік без попередньої вакцинації.

Приблизно 20–50% осіб, що вижили, відзначають багато залишкових неврологічних ознак. Це затримка психічного розвитку, психіатричні розлади, судоми, сліпота, глухота, офтальмоплегія і геміпарез. Ендокринопатії унаслідок ураження гіпоталамуса або сусідніх базальних цистерн можуть проявитися клінічно через місяці й роки після одужання.

ВИСНОВКИ

При НТБ специфічна діагностика туберкульозної етіології і клінічне стадіювання захворювання є ключовими і принциповими детермінантами остаточного прогнозу. Кінцевий діагноз встановлюється з допомогою міждисциплінарного підходу, що включає імунологічні дослідження, полімеразну ланцюгову реакцію і нейровізуалізацію. Важливо одержати специфічні й точні висновки в інтервалі 24-48 годин, щоб швидше розпочати туберкулостатичне лікування. Захворюваність і смертність при НТБ залишаються високими, вони залежать від моменту часу, коли почато терапію, і комплаєнтності хворого. Оскільки

розвиток позалегенового туберкульозу, включаючи НТБ, прямо пропорційний поширеності легеневого, залишається принциповим виявлення й адекватне лікування легеневої і латентної інфекції туберкульозної етіології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Abraham R. Steroids in neuroinfection. *Arq Neuropsiquiatr.* 2013 Sep;71(9B):717-21.
2. Bartzatt R. Tuberculosis infections of the central nervous system. *Cent Nerv Syst Agents Med Chem.* 2011 Dec 1;11(4):321-7.
3. Be NA, Kim KS, Bishai WR, Jain SK. Pathogenesis of central nervous system tuberculosis. *Curr Mol Med.* 2009 Mar;9(2):94-9.
4. Brancusi F, Farrar J, Heemskerk D. Tuberculous meningitis in adults: a review of a decade of developments focusing on prognostic factors for outcome. *Future Microbiol.* 2012 Sep;7(9):1101-16.
5. Evans DJ. The use of adjunctive corticosteroids in the treatment of pericardial, pleural and meningeal tuberculosis: do they improve outcome? *Respir Med.* 2008 Jun;102(6):793-800.
6. Fuentes ZM, Caminero JA. Controversies in the treatment of extrapulmonary tuberculosis. *Arch Bronconeumol.* 2006 Apr;42(4):194-201.
7. Galimi R. Extrapulmonary tuberculosis: tuberculous meningitis new developments. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2011 Apr;15(4):365-86.
8. Garg RK, Jain A, Malhotra HS, Agrawal A, Garg R. Drug-resistant tuberculous meningitis. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2013 Jun;11(6):605-21.
9. Ginsberg L, Kidd D. Chronic and recurrent meningitis. *Pract Neurol.* 2008 Dec;8(6):348-61.
10. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. *Am Fam Physician.* 2005 Nov 1;72(9):1761-8.
11. Mackert BM, Conradi J, Loddenkemper C, van Landeghem FK, Loddenkemper R, Ignatius R, Schneider T. Neurotuberculosis: a continuing clinical challenge. *Nervenarzt.* 2008 Feb;79(2):153-66.
12. McGee S, Hirschmann J. Use of corticosteroids in treating infectious diseases. *Arch Intern Med.* 2008 May 26;168(10):1034-46.
13. Murthy JM. Management of intracranial pressure in tuberculous meningitis. *Neurocrit Care.* 2005;2(3):306-12.
14. Nagarathna S, Rafi W, Veenakumari HB, Mani R, Satishchandra P, Chandramuki A. Drug susceptibility profiling of tuberculous meningitis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008 Jan;12(1):105-7.
15. Principi N, Esposito S. Diagnosis and therapy of tuberculous meningitis in children. *Tuberculosis (Edinb).* 2012 Sep;92(5):377-83.
16. Schoeman JF, Donald PR. Tuberculous meningitis. *Handb Clin Neurol.* 2013;112:1135-8.
17. Steichen O, Martinez-Almoyna L, De Broucker T. Treatment of tuberculous meningitis. *Rev Neurol.* 2006 May;162(5):581-93.
18. Talati NJ, Roupheal N, Kuppalli K, Franco-Paredes C. Spectrum of CNS disease caused by rapidly growing mycobacteria. *Lancet Infect Dis.* 2008 Jun;8(6):390-8.
19. Thwaites GE. Advances in the diagnosis and treatment of tuberculous meningitis. *Curr Opin Neurol.* 2013 Jun;26(3):295-300.
20. Thwaites GE, Tran TH. Tuberculous meningitis: many questions, too few answers. *Lancet Neurol.* 2005 Mar;4(3):160-70.
21. Vadivelu S, Effendi S, Starke JR, Luerssen TG, Jea A. A review of the neurological and neurosurgical implications of tuberculosis in children. *Clin Pediatr (Phila).* 2013 Dec;52(12):1135-43.
22. van der Harst JJ, Luijckx GJ. Treatment of central nervous system tuberculosis infections and neurological complications of tuberculosis treatment. *Curr Pharm Des.* 2011;17(27):2940-7.
23. Woodfield J, Argent A. Evidence behind the WHO guidelines: hospital care for children: what is the most appropriate anti-microbial treatment for tuberculous meningitis? *J Trop Pediatr.* 2008 Aug;54(4):220-4.
24. Yu HY, Hu FS, Xiang DR, Sheng JF. Clinical management of tuberculous meningitis: experiences of 42 cases and literature review. *Neurol Sci.* 2014 Feb;35(2):303-5.

ДІАГНОСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАУ ГОРМОНАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У НАСЕЛЕННЯ ПРИКАРПАТСЬКОГО РЕГІОНУ

У статті наведено маркери 9 станів гормональної регуляції вуглеводного обміну за показниками α -кетонуричного та піруватдегідрогеназного тестів.

Ключові слова: мітохондріальний діабет, α -кетонуричний тест, піруватдегідрогеназний тест.

В статье приведены маркеры 9 состояний гормональной регуляции углеводного обмена по показателям α -кетонурического и пируватдегидрогеназного тестов.

Ключевые слова: митохондриальный диабет, α -кетонурический тест, пируватдегидрогеназный тест.

The article presents 9 states of hydrocarbon metabolism hormone regulation by α -ketonuric and pyruvate dehydrogenase test indicators.

Key words: mitochondrial diabetes, α -ketonuric test and pyruvate dehydrogenase test.

Завершено аналіз матеріалів диспансерного обстеження населення Прикарпатського регіону (35179 осіб – вік від 6 до 80 років) із застосуванням піруватдегідрогеназного та α -кетонуричного тестів.

Піруватдегідрогеназна активність капілярної крові визначалась колориметричним методом на 120-й хвилині глюкозотолерантного тесту. Використано 2,4-динітрофенілгідразин для кількісного дослідження вмісту α -кетоглютарової кислоти у 2-годинній постпрандіальній сечі.

У практично здорових людей піруватдегідрогеназна активність крові становить 8,01-16,30 мккат/л, 2-годинна α -кетонурія постпрандіальна: 6,4-11,4 мг ($p < 0,01$).

Для статистичного аналізу відібрано матеріали обстежень 292 практично здорових осіб (табл. 1-9).

Результати досліджень та їх обговорення

Таблиця 1

1. Показники піруватдегідрогеназної нормотолерантності до глюкози (мккат/л – у знаменнику) на фоні нормокетонурії 2-годинної постпрандіальної сечі, мг:

1.1. α -кетонурія: 6,4-7,0 мг, $n = 12$

$\frac{6,4}{13,26}$	$\frac{6,5}{12,50}$	$\frac{7,0}{8,50}$	$\frac{7,0}{9,39}$	$\frac{7,0}{9,39}$
$\frac{7,0}{9,39}$	$\frac{7,0}{10,46}$	$\frac{7,0}{12,26}$	$\frac{7,0}{12,26}$	$\frac{7,0}{12,46}$
$\frac{7,0}{13,02}$	$\frac{7,0}{15,60}$			

1.2. α -кетонурія: 7,1-8,0 мг, $n = 28$

$\frac{7,2}{10,46}$	$\frac{7,2}{10,85}$	$\frac{7,2}{12,21}$	$\frac{7,2}{12,26}$	$\frac{7,2}{13,95}$
$\frac{7,2}{14,40}$	$\frac{7,2}{14,40}$	$\frac{7,5}{8,50}$	$\frac{7,5}{10,46}$	$\frac{7,8}{11,46}$
$\frac{8,0}{8,14}$	$\frac{8,0}{8,20}$	$\frac{8,0}{8,20}$	$\frac{8,0}{8,50}$	$\frac{8,0}{10,45}$
$\frac{8,0}{12,04}$	$\frac{8,0}{12,26}$	$\frac{8,0}{12,75}$	$\frac{8,0}{12,75}$	$\frac{8,0}{13,02}$
$\frac{8,0}{13,02}$	$\frac{8,0}{13,02}$	$\frac{8,0}{13,02}$	$\frac{8,0}{13,04}$	$\frac{8,0}{13,30}$
$\frac{8,0}{14,02}$	$\frac{8,0}{14,02}$	$\frac{8,0}{15,03}$		

1.3. α -кетонурия: 8,1-9,0 мг, **n = 18**

$\frac{8,4}{9,39}$	$\frac{8,4}{9,80}$	$\frac{8,4}{14,02}$	$\frac{8,5}{12,75}$	$\frac{9,0}{12,75}$
$\frac{8,8}{13,95}$	$\frac{9,0}{8,14}$	$\frac{9,0}{8,14}$	$\frac{9,0}{10,46}$	$\frac{9,0}{11,40}$
$\frac{9,0}{12,08}$	$\frac{9,0}{12,26}$	$\frac{9,0}{12,46}$	$\frac{9,0}{12,75}$	$\frac{9,0}{12,75}$
$\frac{9,0}{13,02}$	$\frac{9,0}{13,26}$	$\frac{9,0}{14,47}$		

1.4. α -кетонурия: 9,1-10,0 мг, **n = 20**

$\frac{9,6}{10,46}$	$\frac{9,6}{10,46}$	$\frac{9,6}{11,46}$	$\frac{9,6}{12,08}$	$\frac{9,6}{12,21}$
$\frac{9,6}{12,46}$	$\frac{9,6}{13,26}$	$\frac{9,6}{14,02}$	$\frac{9,8}{13,26}$	$\frac{10,0}{8,14}$
$\frac{10,0}{9,14}$	$\frac{10,0}{9,14}$	$\frac{10,0}{10,46}$	$\frac{10,0}{10,46}$	$\frac{10,0}{10,92}$
$\frac{10,0}{12,46}$	$\frac{10,0}{12,66}$	$\frac{10,0}{13,02}$	$\frac{10,0}{13,04}$	$\frac{10,0}{15,03}$

1.5. α -кетонурия: 10,1-11,0 мг, **n = 10**

$\frac{10,2}{11,46}$	$\frac{10,2}{13,04}$	$\frac{10,4}{15,70}$	$\frac{10,5}{13,02}$	$\frac{10,8}{12,02}$
$\frac{10,8}{12,04}$	$\frac{11,0}{10,46}$	$\frac{11,0}{12,26}$	$\frac{11,0}{13,26}$	$\frac{11,0}{14,02}$

1.6. α -кетонурия: 11,1-11,4 мг, **n = 5**

$\frac{11,2}{9,28}$	$\frac{11,2}{12,46}$	$\frac{11,2}{16,30}$	$\frac{11,4}{13,02}$	$\frac{11,4}{14,02}$
---------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2. Показники піруватдегідрогеназної нормотолерантності до глюкози (мккат/л – у знаменнику) на фоні 2-годинної постпрандіальної гіперкетонурії, мг:

2.1. α -кетонурія: 12,0-15,0 мг, n = 43

$\frac{12,0}{10,46}$	$\frac{12,0}{10,46}$	$\frac{12,0}{10,46}$	$\frac{12,0}{10,46}$	$\frac{12,0}{10,46}$
$\frac{12,0}{10,46}$	$\frac{12,0}{10,45}$	$\frac{12,0}{12,26}$	$\frac{12,0}{12,00}$	$\frac{12,0}{11,72}$
$\frac{12,0}{14,02}$	$\frac{12,0}{13,04}$	$\frac{12,0}{13,30}$	$\frac{11,9}{12,26}$	$\frac{12,0}{13,04}$
$\frac{12,0}{13,96}$	$\frac{12,0}{15,02}$	$\frac{12,8}{14,02}$	$\frac{12,6}{13,02}$	$\frac{12,6}{10,46}$
$\frac{12,6}{13,95}$	$\frac{12,8}{12,47}$	$\frac{12,6}{12,21}$	$\frac{12,0}{15,03}$	$\frac{13,0}{8,14}$
$\frac{13,0}{10,45}$	$\frac{13,0}{12,04}$	$\frac{13,2}{12,47}$	$\frac{13,6}{15,02}$	$\frac{13,2}{13,04}$
$\frac{14,0}{10,46}$	$\frac{14,0}{10,46}$	$\frac{14,0}{10,85}$	$\frac{14,0}{9,32}$	$\frac{14,0}{13,95}$
$\frac{14,4}{8,14}$	$\frac{14,4}{16,28}$	$\frac{14,4}{16,30}$	$\frac{14,0}{12,26}$	$\frac{14,0}{12,47}$
$\frac{14,4}{12,47}$	$\frac{15,0}{12,46}$	$\frac{15,0}{15,95}$		

2.2. α -кетонурія: 15,1-20,0 мг, n = 40

$\frac{15,3}{14,02}$	$\frac{15,4}{13,06}$	$\frac{16,0}{9,28}$	$\frac{16,0}{9,32}$	$\frac{16,0}{12,46}$
$\frac{16,0}{13,02}$	$\frac{16,0}{12,46}$	$\frac{16,0}{13,02}$	$\frac{16,0}{13,06}$	$\frac{16,0}{13,95}$
$\frac{16,0}{15,06}$	$\frac{16,0}{15,02}$	$\frac{16,8}{8,14}$	$\frac{16,8}{8,14}$	$\frac{16,0}{13,95}$
$\frac{17,0}{12,26}$	$\frac{17,0}{9,32}$	$\frac{17,0}{16,02}$	$\frac{16,8}{8,14}$	$\frac{17,6}{8,02}$
$\frac{17,2}{9,32}$	$\frac{18,0}{12,46}$	$\frac{18,0}{12,46}$	$\frac{18,2}{13,02}$	$\frac{18,0}{9,32}$
$\frac{18,0}{9,32}$	$\frac{18,0}{10,46}$	$\frac{18,0}{15,03}$	$\frac{19,0}{13,04}$	$\frac{19,0}{13,95}$
$\frac{19,2}{8,14}$	$\frac{19,8}{10,46}$	$\frac{20,0}{12,46}$	$\frac{20,0}{12,46}$	$\frac{20,0}{12,46}$
$\frac{20,0}{8,14}$	$\frac{20,0}{8,14}$	$\frac{20,0}{8,14}$	$\frac{17,6}{15,30}$	$\frac{20,0}{10,45}$

2.3. α -кетонурія: > 20,0 мг, n = 11

$\frac{20,4}{4,64}$	$\frac{20,8}{12,26}$	$\frac{20,8}{12,26}$	$\frac{22,0}{8,32}$	$\frac{22,0}{10,46}$
$\frac{22,0}{12,26}$	$\frac{24,0}{10,45}$	$\frac{25,6}{12,26}$	$\frac{33,0}{12,26}$	$\frac{40,0}{13,02}$
$\frac{40,0}{13,04}$				

Таблиця 3

3. Показники піруватдегідрогеназної гіпотолерантності до глюкози (мккат/л – у знаменнику) на фоні гіпокетонурії, мг:

3.1. α -кетонурія: 2,8-6,0 мг, n = 28

$\frac{2,8}{16,28}$	$\frac{3,0}{12,21}$	$\frac{3,0}{13,02}$	$\frac{3,0}{13,04}$	$\frac{4,0}{8,14}$
$\frac{4,0}{8,50}$	$\frac{4,2}{8,14}$	$\frac{4,0}{8,14}$	$\frac{2,8}{9,40}$	$\frac{4,2}{4,64}$
$\frac{4,8}{12,21}$	$\frac{5,0}{11,6}$	$\frac{5,0}{12,02}$	$\frac{5,0}{13,02}$	$\frac{5,0}{13,04}$
$\frac{5,0}{16,28}$	$\frac{4,8}{12,75}$	$\frac{5,6}{9,39}$	$\frac{5,6}{13,95}$	$\frac{5,1}{10,46}$
$\frac{6,0}{10,45}$	$\frac{6,0}{10,46}$	$\frac{6,0}{10,85}$	$\frac{6,0}{15,03}$	$\frac{6,0}{12,26}$
$\frac{6,0}{12,75}$	$\frac{6,0}{15,30}$	$\frac{5,7}{8,72}$		

Таблиця 4

4. Показники піруватдегідрогеназної гіпотолерантності до глюкози (мккат/л – у знаменнику) на фоні нормокетонурії, мг:

4.1. α -кетонурія 2-годинна поспрандіальна: 6,6-11,0 мг, n = 26

$\frac{6,6}{4,64}$	$\frac{7,0}{3,61}$	$\frac{7,0}{4,64}$	$\frac{7,0}{7,23}$	$\frac{7,2}{6,25}$
$\frac{7,2}{7,40}$	$\frac{7,6}{6,25}$	$\frac{8,0}{7,23}$	$\frac{8,4}{2,03}$	$\frac{8,4}{6,97}$
$\frac{8,8}{4,65}$	$\frac{9,0}{4,65}$	$\frac{9,0}{5,32}$	$\frac{9,0}{5,20}$	$\frac{9,8}{4,65}$
$\frac{9,8}{6,10}$	$\frac{10,0}{3,40}$	$\frac{10,0}{5,32}$	$\frac{10,0}{6,25}$	$\frac{10,0}{6,25}$
$\frac{10,0}{6,30}$	$\frac{10,0}{5,90}$	$\frac{10,0}{6,25}$	$\frac{10,8}{4,65}$	$\frac{11,0}{4,65}$
$\frac{11,0}{6,30}$				

Таблиця 5

5. Показники піруватдегідрогеназної гіпотолерантності до глюкози (мккат/л – у знаменнику) на фоні гіперкетонурії, мг:

5.1. α -кетонурія 2-годинна постпрандіальна: 12,0-29,0 мг, **n = 23**

$\frac{12,0}{4,64}$	$\frac{13,0}{6,25}$	$\frac{13,6}{4,64}$	$\frac{14,4}{3,40}$	$\frac{15,0}{3,61}$
$\frac{15,2}{6,30}$	$\frac{16,0}{3,40}$	$\frac{16,0}{4,64}$	$\frac{16,0}{6,30}$	$\frac{17,0}{7,80}$
$\frac{20,0}{4,65}$	$\frac{20,0}{4,65}$	$\frac{20,0}{6,25}$	$\frac{20,0}{6,02}$	$\frac{20,0}{6,25}$
$\frac{20,0}{7,80}$	$\frac{21,6}{6,25}$	$\frac{22,0}{6,13}$	$\frac{22,0}{6,25}$	$\frac{22,0}{6,25}$
$\frac{24,0,0}{4,65}$	$\frac{27,0}{3,40}$	$\frac{29,0}{4,64}$		

Таблиця 6

6. Піруватдегідрогеназна гіпотолерантність до глюкози (мккат/л – у знаменнику) на фоні гіпокетонурії 2-годинної постпрандіальної, мг:

6.1. α -кетонурія: 3,0-6,0 мг, **n = 19**

$\frac{3,0}{4,08}$	$\frac{3,6}{6,25}$	$\frac{4,0}{8,14}$	$\frac{4,2}{3,48}$	$\frac{4,2}{7,23}$
$\frac{4,8}{3,41}$	$\frac{5,0}{3,98}$	$\frac{5,0}{3,98}$	$\frac{5,0}{3,98}$	$\frac{5,0}{4,07}$
$\frac{5,0}{6,25}$	$\frac{5,0}{7,40}$	$\frac{5,2}{3,61}$	$\frac{5,6}{3,98}$	$\frac{6,0}{3,41}$
$\frac{6,0}{3,98}$	$\frac{6,0}{4,44}$	$\frac{6,0}{4,65}$	$\frac{6,0}{7,40}$	

Таблиця 7

7. Піруватдегідрогеназна гіпертолерантність до глюкози (мккат/л – у знаменнику) на фоні нормокетонурії 2-годинної постпрандіальної, мг:

7.1. α -кетонурія: 7,0-9,6 мг, **n = 4**

$\frac{7,0}{17,70}$	$\frac{8,0}{26,60}$	$\frac{9,0}{20,35}$	$\frac{9,6}{20,93}$
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

Таблиця 8

8. Показники піруватдегідрогеназної гіпертолерантності до глюкози (мккат/л – у знаменнику) на фоні гіперкетонурії 2-годинної постпрандіальної, мг:

8.1. α -кетонурія: 14,0-16,0 мг, **n = 3**

$\frac{14,0}{18,02}$	$\frac{15,0}{24,40}$	$\frac{16,0}{18,20}$
----------------------	----------------------	----------------------

9. Показники піруватдегідрогеназної гіпертолерантності до глюкози (мккат/л – у знаменнику) на фоні гіпокетонурії 2-годинної постпрандіальної, мг:

9.1. α -кетонурія: 3,0-4,8 мг, n = 3

$\frac{3,0}{20,35}$	$\frac{4,0}{19,10}$	$\frac{4,8}{17,47}$
---------------------	---------------------	---------------------

Обговорення

У табл. 1 наведено показники обстежень 93 практично здорових осіб (31,85%), у яких визначено нормальну толерантність до глюкози циклу трикарбонових кислот (2-годинна постпрандіальна α -кетонурія у межах 6,4-11,4 мг), яка асоціюється із піруватдегідрогеназної нормотолерантністю (8,01-16,30 мккат/л).

Табл. 2 ілюструє стан порушеної толерантності до глюкози циклу трикарбонових кислоту 94 осіб із 292 обстежених (32,19%), що не пов'язані із піруватдегідрогеназною недостатністю. Ці показники (12,0-40 мг α -кетоглютарату) можуть розцінюватись як маркери спадкової схильності організму до цукрового діабету 2-го типу.

Недостатньою була екскреція із сечею α -кетокислот (2,8-6,0 мг) у 28 (9,58%) практично здорових осіб на фоні нормальної піруватдегідрогеназної активності крові (табл. 3), що можна розцінити як початкову стадію гіперінсулінізму або йододефіцитний стан.

Показники табл. 4 віддзеркалюють піруватдегідрогеназну гіпотолерантність (2,03-7,40 мккат/л) до глюкози без порушення функціонального стану циклу трикарбонових кислот (6,6-11,0 мг) у 26 осіб (8,90%), що може бути пов'язане із β -вітамінною недостатністю.

Порушення толерантності до глюкози (табл. 5), циклу трикарбонових кислот (12,0-29,0 мг) асоціювалися із піруватдегідрогеназною недостатністю (3,40-7,68 мккат/л), що є показанням до вітамінотерапії у 23 осіб (7,88%).

До шостої групи (табл. 6) залучено 18 осіб (6,17%) у яких 2-годинна постпрандіальна α -кетонурія була низькою (3,0-6,0 мг). Пониженою була піруватдегідрогеназна активність крові на 120-й хвилині глюкозотолерантного тесту (3,41-7,80 мккат/л).

Названі показники можуть бути маркерами контрінсулярної недостатності (прихованого гіпотиреозу), оскільки у таких осіб діагностувалась гіперплазія щитоподібної залози I-II ступенів.

У 4 осіб (табл. 7) виявлено підвищену піруватдегідрогеназну толерантність крові (17,70-20,93 мккат/л) на 120-й хвилині глюкозотолерантного тесту на фоні нормокетонурії (7,0-9,6 мг). Такі показники можна використати як маркери гіперінсулінізму.

У восьмій групі (табл. 8) – 3 особи, у яких піруватдегідрогеназна гіпертолерантність до глюкози (18,02-24,40 мккат/л) асоціювалася із гіперкетонурією (14,0-16,0 мг), що характерне для синдрому Сомоджі (реактивна гіперконтррегуляція).

Дев'ята група (табл. 9) представлена трьома особами, у яких піруватдегідрогеназна гіпертолерантність до глюкози (17,47-20,35 мккат/л) асоціювалася із гіпокетонурією (3,0-4,8 мг). Така особливість гормональної регуляції вуглеводного обміну свідчить про гіперінсулінізм без реактивної гіперконтррегуляції.

Виконаний копінтний аналіз матеріалів досліджень показав високу частоту порушень толерантності до глюкози циклу трикарбонових кислот (41,10%) у загальній популяції. Цей синдром ми назвали “мітохондріальним діабетом”. Для його діагностики пропонуємо безкровний візуальний метод.

Безкровний візуальний метод самоконтролю вуглеводного обміну

Дослідження може використовуватись у домашніх умовах. Визначається сумарний вміст α -кетокислот (α -кетоглютарат, піруват) у сечі нічній, 2-годинній передпрандіальній, постпрандіальній – через 2 години після стандартного вуглеводного сніданку (200 г білого хліба і 20 г або 3 чайні ложки цукру, розчиненого у 300мл теплої води). Сумарний вміст α -кетокислот у сечі нічній – 15-24 мг, 2-годинній передпрандіальній (випити 300 мл теплої води) – 2,8-4,4 мг, 2-годинній постпрандіальній – 6,4-11,4 мг, в інтервалі між сніданком та обідом (8,00-13,00) – 8,0-16,0 мг.

Обладнання.

1. Пробірки (5 мл): можуть бути ампули для дистильованої води, новокаїну чи ізотонічного розчину NaCl.
2. Піпетка: використовується інсуліновий шприц.
3. Кольорова шкала (додається) для візуального визначення концентрації α -кетокислот. Наводиться методика виготовлення.
4. Домашня аналітична вага – надає “Академія профілактичної медицини”.

Реактиви:

1. Розведена соляна кислота (HCl, 8,33%), придбати в аптеці.
2. Солянокислий 0,1% розчин 2,4-динітрофенілгідразину (ДНФГ): 50 мг реактиву розчиняють у 30 мл розведеної HCl (8,33%) при слабкому підігріванні суміші. Її залишають до наступного дня, коли об'єм розчину доводять водою до 50 мл.
3. Розчин натрію гідроксиду (NaOH) 12% - 12 г/100 мл або 1,2 г/ 10 мл.
4. Стандартний розчин пірвіноградної кислоти – 80 мг%: 50 мг натрію пірвату (відповідає 40 мг пірвату) розчинити у 50 мл H₂O, зберігати у холодильнику. У день дослідження готують еталонні (Е) розчини – 4 мг% , 8 мг% , 12 мг% , 16 мг% , 20 мг% :

Еталони	Е 4	Е 8	Е 12	Е 16	Е 20
1. Стандартний розчин пірвату, мг	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
2. H ₂ O, мл	9,5	9,0	8,5	8,0	7,5

Хід визначення:

У пробірки: дослідну (Д) і 5 еталонних Д, Е 4, Е 8, Е 12, Е 16, Е 20 вносять

Еталони	Д	Е 4	Е 8	Е 12	Е 16	Е20
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. Еталони, мл	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
4. Сечу, мл	0,1	-	-	-	-	-

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

Наводимо приклад. Об'єм 2-годинної постпрандіальної сечі – 100 мл; оптична густина розчину дослідної пробірки відповідає еталоніві 8 мг%. Згідно із формулою:

$$\frac{8 \text{ мг\%} \cdot 100 \text{ мл}}{100 \text{ мл}} = 8 \text{ мг}$$

У людей із порушеною толерантністю до глюкози циклу трикарбонових кислот 2-годинна α -кетонурія перевищує 11,4 мг.

Результати виконаних досліджень дають підставу (табл. 10) пропонувати критерії діагностики 9 функціональних станів гормональної регуляції циклу трикарбонових кислот (ЦТК) та піруватдегідрогеназної (ПДГ) системи мітохондрій, n = 292.

Таблиця 10

Критерії діагностики функціонального стану циклу трикарбонових кислот і піруватдегідрогеназної та α -кетоглютаратдегідрогеназної систем мітохондрій

Стан гормональної регуляції вуглеводного обміну	ПДГ-активність крові, мккат/л (у знаменнику показники 2-годинної α -кетонурії, мг)	Частота у загальній популяції
1. Фізіологічний стан ЦТК та ПДГ-системи мітохондрій	$\frac{8,01 - 16,30}{6,4 - 11,4}$	31,85% n = 93
2. ПДГ- нормотолерантність, гіперкетонурія, мітохондріальний діабет	$\frac{8,01 - 16,30}{12,0 - 40,0}$	32,19% n = 94
3. ПДГ- нормотолерантність, гіпокетонурія	$\frac{8,01 - 16,30}{2,8 - 6,0}$	9,59% n = 28
4. ПДГ- гіпотолерантність, нормокетонурія	$\frac{\langle 8,01}{6,4 - 11,4}$	8,90% n = 26
5. ПДГ- гіпотолерантність, гіперкетонурія, мітохондріальний діабет	$\frac{\langle 8,01}{12,0 - 29,0}$	7,88% n = 23
6. ПДГ- гіпотолерантність, гіпокетонурія	$\frac{\langle 8,01}{3,0 - 6,0}$	6,17% n = 18
7. ПДГ- гіпертолерантність, нормокетонурія	$\frac{\rangle 16,30}{6,4 - 11,4}$	1,37% n = 4
8. ПДГ- гіпертолерантність, гіперкетонурія, Синдром Сомоджі	$\frac{\rangle 16,30}{\rangle 12,0}$	1,03% n = 3
9. ПДГ- гіпертолерантність, гіпокетонурія	$\frac{\rangle 16,30}{\langle 6,4}$	1,03% n = 3
Всього:		100% n = 292

ВИСНОВКИ

1. В умовах вуглеводного навантаження фізіологічний стан циклу трикарбонових кислот та ПДГ-системи мітохондрій виявлено відповідно у 42,12% і 73,63% загальної популяції.
2. Порушення толерантності до глюкози циклу трикарбонових кислот (мітохондріальний діабет) діагностовано у 41,10% людей Прикарпатського регіону.
3. У практично здорових людей частота пониженої толерантності до глюкози ПДГ-системи мітохондрій становить 22,95%.

4. Показники підвищеної толерантності до глюкози ПДГ-системи мітохондрій виявлені у 10 практично здорових осіб (3,43%) і можуть служити маркерами гіперінсулінізму.
5. Маркерами йододефіцитного стану в організмі є показники пониженої постпрандіальної α -кетонурії (< 6,4 мг), його частота – 18,76% загальної популяції.
6. Виконані дослідження дають підставу оптимізувати програму загальної диспансеризації населення, ранню діагностику цукрового діабету 2-го типу та йододефіцитного стану в організмі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ендокринологія / За ред. проф. П.М. Бондара. – К.: Здоров'я, 2002. – 512 с.
2. Ендокринологія / за ред. проф. Я.І. Томашевського та проф. О.О. Сергієнка. – Львів: НТШ, 2009. – 291 с.
3. Уніфікована програма загальної диспансеризації населення та профілактики йододефіцитних захворювань / за ред. Я.І. Томашевського. – Львів: НТШ, 2011. – 22 с.
4. Томашевський Я.І. Актова промова: “Український міжнародний інститут профілактичної медицини НТШ на магістралі боротьби з ендокринними захворюваннями (3 грудня 2009 р.). – Львів, 2009. – 32 с.
5. Діабет / за ред. Р. Уильямса, перевод с англ. – М.: Медицина, 1964. – С. 294.

О.В.ТРОЦЕНКО, В.В.САВЧАК

ДІАГНОСТИКА І ВИБІР ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

В статті розглядаються питання поєднаної патології: артеріальної гіпертензії, ожиріння та підвищення рівня сечової кислоти; діагностика, вибір лікування.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, ожиріння, сечова кислота, діагностика, лікування.

В статье рассматриваются вопросы совмещенной патологии: артериальной гипертензии, ожирения и повышения уровня мочево́й кислоты; диагностика, выбор лечения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ожирение, мочево́я кислота, диагностика, лечение.

The article researches questions of the joined pathology: arterial hypertension, overweight and hyperuricemia, as well as diagnostics and kinds of treatment.

Key words: arterial hypertension, overweight, hyperuricemia, diagnostics, treatment.

Артеріальна гіпертензія (АГ) - один з провідних чинників інвалідності та смертності в розвинених країнах. В Україні, за даними епідеміологічних досліджень, поширеність АГ складає 29,3 % серед міського населення та 36,8 % - серед сільського. Ожиріння вважають несприятливим фактором перебігу АГ, що призводить до виникнення важких ускладнень: ішемічної хвороби серця, інсультів, серцево-судинної недостатності. Особливого значення надають саме абдомінальному ожирінню; виявилось, що адипоцити жирової тканини функціонують і як ендокринні клітини, які активно секретують у кров гормони адипокіни (1, 2). В прискоренні розвитку АГ, а також ураженні судин суттєву роль відіграють адипокіни, що при абдомінальному ожирінні у великій кількості вивільняються в судинне

русло, призводять до порушення ліпідного обміну та викликають дисфункцію ендотеліальних клітин (3).

Серед адипокінів найкраще вивченим є лептин, відкритий ще в 1994 році. До нового, нещодавно відкритого адипокіну, який має відношення до порушення функціональних властивостей судинної стінки належить вісфатин. В дослідженні Андрєєвої А.О.(2013) було показано, що у хворих на гіпертонічну хворобу з абдомінальним ожирінням виявлено достовірно більш високі рівні вісфатину в сироватці крові в порівнянні з хворими на артеріальну гіпертензію без абдомінального ожиріння (4).

Відкриття нових адипокінів, таких як грелін, апелін, васпін, оментин пов'язують з надією на краще розуміння патофізіологічних механізмів розвитку остеоартрозу, а відтак - створення більш ефективних методів лікування цього захворювання.

В останні роки виявлено зв'язок між АГ, ожирінням та підвищенням рівня сечової кислоти в крові. Безсимптомне підвищення рівня сечової кислоти зустрічається у 25 % хворих на АГ та в 75 % хворих з важкою АГ. Виявилось, що безсимптомне підвищення рівня сечової кислоти являється одним із складових симптомів метаболічного синдрому, ініціює неінтенсивне запалення ендотелію судин, самостійно призводить до порушення вуглеводного та ліпідного обмінів (5). Для чоловіків верхньою межею норми вважається рівень сечової кислоти в сироватці крові 420 мкмоль/л, а для жінок - 360 мкмоль/л. Підвищений рівень сечової кислоти може передувати появі АГ у практично здорових осіб, що частіше спостерігається при первинній АГ у підлітків. Підвищений рівень сечової кислоти виявлявся у 25 - 60 % пацієнтів з нелікованою АГ та в близько 90 % підлітків з первинною АГ, що розпочалася недавно.

Підвищений рівень сечової кислоти в 89 % випадків поєднується з гіперліпідемією, в 83 % - з надлишковою масою тіла та в 22 % - з цукровим діабетом 2 типу.

При підвищеній кількості сечової кислоти в крові складаються умови щодо блокування ендотеліальної синтази оксиду азоту в ендотеліальній стінці судин (6, 7). Окрім цього, збільшення кількості сечової кислоти впливає на порушення метаболізму вуглеводів та ліпідів через її взаємодію з адипоцитами жирової тканини.

З огляду на такий каскад порушень, що пов'язаний з особливостями перебігу АГ у хворих з ожирінням та підвищенням рівня сечової кислоти в крові, важливого значення набуває метаболічна безпечність препаратів, які можна використати при поєднанні таких патологічних станів. Тут під метаболічною безпечністю препаратів розуміють їх вплив не тільки на вуглеводний та ліпідний метаболізм, але й на рівень сечової кислоти в крові. Не всі препарати, що входять до стандартів лікування АГ задовольняють цим вимогам.

Препаратами, що є метаболічно безпечним для лікування таких поєднаних станів сьогодні вважаються карведілол (блокатор β_1 -, β_2 і α_1 -рецепторів), лозартан (блокатор рецепторів ангіотензину 11). Карведілол метаболізується переважно печінкою. Метаболіти карведілолу мають потужну антиоксидантну дію, нейтралізують кисневі радикали (8). Препарат має позитивний вплив на ліпідний обмін, знижує рівень холестерину, ліпопротеїнів низької густини, підвищення рівня ліпопротеїдів високої густини і являється метаболічно нейтральним щодо обміну глюкози.

Єдиний з блокаторів рецепторів ангіотензину 11 - лозартан має урикозуричний ефект, що полягає у збільшенні тубулярної секреції сечової кислоти та має додаткове значення для нефропротекції у хворих на АГ.

Лозартан являється препаратом вибору у хворих на АГ з підвищеним рівнем сечової кислоти в крові (9).

Важливим є питання можливості поєднання препаратів, які б забезпечували належний терапевтичний ефект і не підвищували рівень сечової кислоти в крові. Призначення діуретиків в монотерапії чи в поєднанні з бета-блокаторами, інгібіторами АПФ чи блокаторами кальцієвих каналів вважають недоцільним при підвищенні рівня сечової кислоти в крові. І лише використання гідрохлортіазиду в поєднанні з лозартаном являється безпечним у хворих на АГ з підвищеним рівнем сечової кислоти завдяки вираженій урикозуричній дії. Лікування статинами поєднується з антигіпертензивною терапією у хворих з метаболічними порушеннями. Статини збільшують синтез оксиду азоту в ендотелії судин, мають протизапальну дію. Комбінація статинів та карведілолу посилює антиоксидантний ефект останнього. Щодо блокаторів кальцієвих каналів, то вони вважаються нейтральними щодо впливу на метаболізм, однак, це питання ще залишається мало вивченим.

Висновки.

1. У хворих на АГ з ожирінням слід обов'язково визначати рівень сечової кислоти в сироватці крові.
2. У підлітків, котрі мають підвищення артеріального тиску та відповідний анамнез щодо АГ необхідно в обстеження включати дослідження рівня сечової кислоти.
3. Рівень сечової кислоти у хворих на АГ і перед призначенням антигіпертензивної терапії необхідно визначати у всіх хворих із суглобовим синдромом.
4. В лікуванні хворих на АГ з ожирінням та підвищенням рівня сечової кислоти повинна бути дієта зі зниженням вмісту пуринів; препаратами вибору слід вважати метаболічно безпечні: карведілол, лозартан, статини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Біловол О.М., Ковальова О.М., Попова С.С., Тверетінов О.Б. Ожиріння в практиці кардіолога та ендокринолога. - Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2009. - 619 с.
2. Pinio Cirilo, Fabio Maresca, Vito Di Palma et al. Adipose fissure in the pathophysiology or cardiovascular disease. Who is guilty? | World J. Hypertens.-2012.-Vol. 2(1).-P. 13-21.
3. Лупинская З.А., Зарифьн А.Г., Гурович Т.Ц., Шлейфер С.Г. Эндотелий. Функция и дисфункция. - Б.: КРСУ, 2008. - 373 с.
4. Андреева А.О. Вісфатин і показники ендотелій залежної вазо дилатації у хворих на гіпертонічну хворобу на тлі абдомінального ожиріння // Український терапевтичний журнал. - 2013. - №3. - С. 57-61.
5. Lin J.D., Chiou W.K., Chang H.Y. et al. Serum uric acid and leptin levels in metabolic syndrome: a quandary over the role of uric acid || Metabolism. - 2007. - Vol. 56 (6). - P. 751 - 756.
6. Khosia U.M., Zharikov S., Finch J. L. et al. Hyperuricemia induces endothelial dysfunction || Kidney Int. - 2005. - Vol. 67 - P. 1739 - 1742.
7. Mazzali M., Hughes J., Kim Y.G. et al. Elevated uric acid increases blood pressure in the rat by a novel crystal-independent mechanism | Hypertension. - 2001. - Vol. 38. - P. 1101 - 1106.
8. Радченко О.М. Бета-адреноблокатори: стандарта та перспективи. - Монографія. - К.: Вид-во «СИНOPSIS». - 128 с.
9. Іванов В.П. Блокатори рецепторів до ангіотензину 11: аспекти клінічного застосування в терапевтичній практиці //Український медичний часопис,- 2013. - № 1. - с.97-101.

ХРОНІКА

У травні 2014 р. відзначають свої ювілеї люди, які причетні до охорони здоров'я

ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:

40 річчям

**Грушковську Дзвениславу Тарасівну
Паніну Любов Володимирівну
Логаша Максима Валентиновича
Стадник Уляну Олегівну**

45 річчям

Семенину Галину Богданівну

50 річчям

**Панасюк Марію Тарасівну
Серветник Марту Ігорівну
Зіменковського Андрія Борисовича
Сала Віктора Михайловича**

55 річчям

**Мазур Оксану Євгенівну
Мацко Наталю Василівну
Горбаля Ігоря Михайловича**

60 річчям

**Патика Олега Григоровича
Подорожнього Олексія Павловича
Луцика Олександра Дмитровича**

65 річчям

**Пасічника Миколу Степановича
Лукавецького Олексія Васильовича**

70 річчям

Свердана Петра Леоновича

75 річчям

Шевагу Володимира Миколайовича

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

Редколегія

Хроніка травня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

2 травня – 95 років від дня народження **Миколи Івановича Бесєдіна**, лікаря рентгенолога. Народився у м. Краматорськ Донецької області. У 1946 р. закінчив медичний факультет Донецького (Сталіно) медичного інституту. У 1946-1957 рр. – головний лікар обласного кістково-туберкульозного санаторію м. Маневичі Волинської області; у 1957-1959 рр. – директор клінік Львівського медичного інституту; у 1959-1980 рр. – головний лікар Львівської обласної клінічної лікарні, за сумісництвом – асистент кафедри рентгенології і радіології Львівського медичного інституту. Наукові дослідження пов'язані з вивченням реакції червоного кісткового мозку на рентгенівське опромінення, профілактики ускладнень від рентгенівського опромінення. Помер 20 серпня 1980 р. на 62 році життя.

2 травня – 60 років від дня народження **Олександра Дмитровича Луцика**, гістолога, ембріолога. Народився у Львові. У 1977 р. закінчив медичний факультет Львівського медичного інституту. У 1977-1978 рр. – лікар-інтерн відділу анестезіології та реаніматології ЛОКЛ, у 1978-1980 рр. – науковий співробітник Львівського НДІ туберкульозу; у 1980-1988 рр. – асистент кафедри гістології та ембріології ЛМУ; у 1988-1989 рр. – доцент кафедри. Від 1989 р. – завідувач кафедри. У 1989 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Рецепторы лектинов в морфогистохимической характеристике органов и тканей”. У 1992 р. О.Д. Луцику присвоєно вчене звання професора. У 1994-1995 рр. пройшов стажування в університеті Індіани (США). У 1997-2000 рр. – професор з міжнародних зв'язків. Від 2000 р. – проректор з наукової роботи.

О.Д. Луцик – автор близько 250 наукових і навчально-методичних праць, в т.ч. монографії, словників, атласу, підручника, перекладів монографічної, навчальної та довідкової літератури. Наукові дослідження пов'язані з використанням лектинів для гістохімічної характеристики вуглеводних детермінант клітин і тканин людини та експериментальних тварин. Підготував 1 кандидата та 2 докторів наук.

3 травня – 120 років від дня народження **Олександра Ілліча Черкеса**, лікаря-фармаколога. Народився у Харкові. У 1917 р. закінчив медичний факультет Харківського університету. Учень А.В. Репрева. У 1917 р. – стипендіат кафедри загальної патології, асистент, доцент кафедри фармакології Харківського медичного інституту. У 1925-1936 рр. – завідувач відділу токсикології Українського інституту гігієни праці та профзахворювань, одночасно від 1930 р. – завідувач кафедри фармакології Харківського медичного інституту, на якій пропрацював до 1944 р. У 1932-1941 рр. керував лабораторіями фармакології та токсикології в Українському інституту експериментальної медицини та Українському санітарно-хімічному інституті. У 1936 р. захистив докторську дисертацію. У 1940 р. йому було присвоєно вчене звання професора. У 1941 р. був призначений головним токсикологом Народного комісаріату охорони здоров'я СРСР. Від 1944 р. – завідувач кафедри фармакології Київського медичного інституту, в якому пропрацював до 1974 р. У 1946 р. О.І. Черкесу було присвоєно почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки УРСР”. У 1960 р. він був обраний академіком АМН СРСР. У 1971-1974 рр. О.І. Черкес працював професором-консультантом кафедри фармакології. Він був автором понад 150 наукових робіт, в т.ч. низки монографій та посібників. Наукові праці присвячені фармакології серцево-судинних засобів; створенню нових препаратів: бензогексоній, пірілен. Проведені дослідження в галузі промислової та військової токсикології. Був запропонований унікальний антидот-унітіол.

О.І. Черкес підготував 67 кандидатів та докторів наук. Був нагороджений орденами та медалями СРСР. Помер 25 вересня 1974 р. на 81 році життя.

4 травня – 95 років від дня народження **Олександри Семенівни Сокол**, лікаря-інфекціоніста. У 1942 р. закінчила Київський медичний інститут. У 1958 р. захистила докторську дисертацію. Учениця А.М. Зюкова (1886-1953). У 1959 р. отримала вчене звання професора. У 1962-1989 рр. – завідувач кафедри інфекційних хвороб. У 1983 р. їй присвоєно почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки УРСР”. У 1966-1972 рр. – проректор з наукової та навчальної роботи КМІ. Від 1989 р. – професор кафедри. Наукові дослідження присвячені удосконаленню методів діагностики і лікування вірусних і бактеріальних інфекцій. Підготувала 6 докторів і 34 кандидатів наук. Учасниця Великої Вітчизняної війни. Нагороджена орденами і медалями СРСР. Померла 3 червня 2001 р. на 83 р. життя.

4 травня – 75 років від дня народження **Володимира Миколайовича Шеваги**, лікаря-нейрохірурга. Народився в с. Герасимів Івано-Франківської області. У 1961 р. закінчив медичний факультет Івано-Франківського медичного інституту. У 1961-1965рр. працював невропатологом, головним лікарем Обертинської райлікарні Івано-Франківської області; у 1965-1966 рр. – невропатолог поліклініки м. Львова; у 1966-1976 рр. – нейрохірург, завідувач нейрохірургічним відділенням ЛОКЛ, головний нейрохірург Львівського облздороввідділу (1976-1982); асистент (1977-1982); доцент (1982-1985), завідувач курсу нейрохірургії (1977-1985) кафедри нервових хвороб. Від 1985 р. – завідувач кафедри рефлексотерапії з курсом нейрохірургії / неврології та нейрохірургії ФПДО Львівського медичного університету.

В.М. Шевага у 1971 р. захистив кандидатську, а у 1982 р. – докторську дисертацію. У 1988 р. отримав вчене звання професор, у 1996 р. отримав звання “Заслужений діяч науки і техніки України”, у 2007 р. йому присвоєно звання “Заслужений професор ЛНМУ”.

В.М. Шевага автор (співавтор) близько 500 наукових та навчально-методичних праць, в т. ч. 23 монографій, 4 підручників, 9 посібників, 4 довідників, 3 словників, 15 авторських свідоцтв на винаходи. Наукові дослідження пов’язані з вивченням обміну мікроелементів і вітамінів при онкологічних, судинних і запальних процесах головного мозку; вивченням клініки і патогенезу порушення мозкового кровообігу при артеріальній гіпертензії, атеросклерозі, інтоксикаційних процесах, клініки та патогенезу черепно-мозкових травм, проблем вертебології.

4 травня – 65 років від дня народження **Анатолія Яковича Кузьменка**, лікаря-педіатра. У 1978 р. закінчив Київський медичний інститут. У 1980 р. – пройшов клінічну ординатуру на кафедрі дитячих хвороб №2; у 1983 р. закінчив аспірантуру на цій кафедрі. Учень В.М. Сідельнікова. У 1994 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Патогенетичне медикаментозне і немедикаментозне лікування порушень серцевого ритму у дітей”. У 1995 р. організував і керував курсом медичної генетики. Працює професором кафедри педіатрії №2 з курсами медичної генетики та неонатології з 2003 р. Автор понад 100 наукових та навчально-методичних праць, в т.ч. підручників, навчальних посібників, типових програм. Наукові дослідження пов’язані з питаннями дитячої кардіоревматології, медичної генетики.

5 травня – 115 років від дня народження **Сергія Ісайовича Винокурова**. У 1922 р. закінчив Одеський медичний інститут. Вивчав метаболізм аскорбінової кислоти в організмі. У 1936 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Биохимические основания к установлению режима питания при физической работе”. Автор 2 посібників з питань фізіології і біохімії харчування (1934, 1938). У 1940 р. отримав вчене звання професора. У 1938-1941 рр. працював завідувачем кафедри біохімії. Співавтор посібника, присвяченого організації харчування в польових умовах (1942). У 1941-1955 рр. – завідувач кафедри біохімії, за сумісництвом декан лікувального факультету (1944-1947). Опублікував близько 80 наукових праць з біохімічних і фізіологічних основ харчування. Помер 2 березня 1955 р. на 56 році життя.

8 травня – 90 років від дня народження **Лева Михайловича Личковського**. Народився в м. Несвіж, Білорусь. У 1954 р. закінчив Львівський медичний інститут. У 1954-1957 рр. – аспірант кафедри нормальної анатомії ЛМІ; у 1957-1969 рр. – асистент кафедри; у 1969-1982 рр.

– доцент кафедри, у 1982-1988 рр. – завідувач кафедри нормальної анатомії; у 1988-1993 рр. – професор кафедри. У 1958 р. захистив кандидатську дисертацію, у 1969 р. – докторську, у 1974 р. отримав вчене звання доцента, у 1989 р. – вчене звання професора. Наукові дослідження пов'язані з морфологією судин організму та корекцією деструктивних змін ішемізованих тканин і органів в експерименті. Автор близько 110 наукових та навчально-методичних праць. Підготував 2 кандидатів та 1 доктора наук. Помер 20 вересня 1993 р. на 70 році життя.

13 травня – 115 років від дня народження **Михайла Олександровича Ясиновського**, лікаря-терапевта. Народився в Одесі. У 1922 р. закінчив Одеський медичний інститут і залишився працювати в терапевтичних клініках. В 1934-1956 рр. був завідувачем госпітальної терапевтичної клініки Одеського медичного інституту. У 1935 р. захистив докторську дисертацію, присвячену проблемі фізіології, патології та клініки захворювань слизових оболонок. В 1941-1942 рр. – консультант-терапевт Кисловодської госпітальної бази і начальник медичної бази госпіталю, із січня 1943 р. і до кінці війни полковник медичної служби. М.О. Ясинський – головний терапевт Чорноморського флоту. У 1951 р. йому присвоєно почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки УРСР. В 1956-1972 рр. – завідувач факультетської терапевтичної клініки Одеського медичного інституту. У 1961 р. він обраний членом-кореспондентом АМН СРСР, в 1963 р. – академіком АМН СРСР.

М.О. Ясиновський був автором (співавтором) понад 240 праць, в т.ч. 10 монографій. Наукові дослідження присвячені проблемам вірусного гепатиту, ревматизму, хворобам кровотворних органів. Розробив систему профілактики ревматизму. Був один із засновників військово-морської терапії. У 1980 р. йому була присуджена Державна премія УРСР (посмертно). Помер 29 серпня 1972 р. на 74 році життя.

14 травня – 110 років від дня народження **Павла Остерна**, біохіміка, фармаколога. Народився у Золочеві Львівської області. У 1928 р. закінчив медичний факультет Львівського університету. У 1928-1939 рр. працював асистентом кафедри біохімії Львівського університету, за сумісництвом – керівник біохімічного відділу Львівського хіміко-фармацевтичного заводу (1934-1937). У 1933 р. стажувався в університетах Фрайбурга, Базеля, Кембриджа. У 1940 р. – доцент кафедри біохімії Львівського університету. У 1940-1941 рр. – професор, завідувач кафедри органічної хімії лікувального факультету ЛІМІ. П. Остер був автором близько 60 наукових праць в провідних європейських журналах. Досліджував процеси глікогенолізу, метаболізм пуринових сполук. 4 липня 1941 р. страчений німецькими окупантами разом з іншими Львівськими вченими на 38 році життя.

14 травня – 90 років від дня народження **Бориса Федоровича Демківа**, лікаря, біофізика. Народився в с. Запитів Львівської області. У 1950 р. закінчив лікувальний факультет Львівського медичного інституту. у 1953 р. закінчив аспірантуру. У 1953-1962 рр. – асистент кафедри нормальної анатомії, водночас у 1954-1958 рр. – викладач, у 1962-1964 рр. – доцент кафедри зоології хребетних ЛУ; у 1964-1976 рр. – доцент кафедри фізіології людини та тварин, у 1976-1996 рр. – доцент, у 1982-1992 рр. – завідувач кафедри біофізики та математичних методів у біології Львівського університету. Наукові дослідження пов'язані з комплексним вивченням нервово-м'язових структур під дією зовнішніх фізико-хімічних факторів. Автор 107 наукових праць. Помер 8 квітня 1996 р. на 72 році життя.

14 травня – 55 років від дня народження **Галини Вікторівни Католик**. У 1983 р. закінчила будівничий факультет Львівської політехніки. У 1983-1988 рр. працювала вчителем, у 1988-1990 рр. – старший викладач кафедри інженерної педагогіки Львівської політехніки. У 1990 р. закінчила аспірантуру Інституту психології. У 1994-2003 рр. – завідувач кафедри психології Львівського обласного науково-методичного інституту освіти; від 2003 р. доцент кафедри психології Львівського університету. Автор близько 150 наукових праць в галузі групового психоаналізу, дитячої та юнацької психотерапії; психології творчості. Від 1995 р.

заступник голови правління Асоціації практикуючих психологів Львівської області; від 1999 р. – член Європейської спілки психотерапевтів, Австрійської асоціації дитячої та юнацької психотерапії, керівник деяких міжнародних проектів.

14 травня – 50 років від дня народження **Андрія Борисовича Зіменковського**, лікаря, клінічного фармацевта. У 1987 р. закінчив лікувальний факультет Львівського медичного інституту. у 1987-1989 рр. – клінічний ординатор; у 1989-1990 рр. – старший лаборант кафедри хірургії ФПДО; у 1990-1997 рр. – асистент; у 1997-2004 рр. – доцент кафедри ФПДО; від 2004 р. – організатор і завідувач кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації Львівського медичного інституту. у 1992 р. захистив кандидатську дисертацію, у 1997 отримав вчене звання доцента. У 2007 р. захистив докторську дисертацію, у 2008 р. отримав вчене звання професора. Наукові дослідження присвячені впровадженню раціональної фармакотерапії та системи стандартизації в охорону здоров'я; удосконаленню організації медичної та фармацевтичної науки і освіти в Україні, моделювання діяльності клінічного провізора, розробці та впровадженню Національної формулярної системи.

А.Б. Зіменковський – автор (співавтор) близько 300 наукових праць, в т.ч. патентів, 22 посібників та довідників, 24 методичних рекомендацій, 6 типових програм МОЗ України. Він засновник і головний редактор журналу “Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація”, член Центрального формулярного комітету МОЗ України, експерт “Державного фармакологічного центру” МОЗ України, член Європейського товариства клінічних фармацевтів (2006). Підготував 3 кандидатів медичних наук.

15 травня – 145 років від дня народження **Миколи Васильовича Країнського**. Народився у Києві. У 1893 р. закінчив медичний факультет Харківського університету. Захистив у 1896 р. у Московському університеті докторську дисертацію на тему: “До вчення про патологію епілепсії”. Працював старшим лікарем Харківської психіатричної лікарні. У 1910 р. побудував найкращий на той час в Росії корпус психіатричної лікарні. Від 1917 р. приват-доцент кафедри психіатрії Університету св. Володимира. Будучи хворим на висипний тиф у 1918 р. потрапив до Риму, емігрував до Греції, працював професором психіатрії в Загребі (1921), Белграді, Відні. У 1949 р. отримав дозвіл повернутися у СРСР. Працював у Харківському психоневрологічному інституті у віці 80 років, був науковим консультантом 2-ї психіатричної лікарні. Автор понад 200 наукових праць, в т.ч. монографій. Помер 19 липня 1951 р. на 83 році життя.

18 травня – 115 років від дня народження **Івана Петровича Барченка**, лікаря-гігієніста. У 1925 р. закінчив Київський медичний інститут. У 1944-1972 рр. – завідувач кафедри гігієни харчування Київського медичного інституту. у 1953 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Харчові продукти як фактор передавання основних гельмінтозів”. У 1956 р. отримав звання професора. Від 1973 р. – професор-консультант. Автор понад 130 наукових та навчально-методичних праць, в т.ч. 8 монографій і навчальних посібників, присвячених вивченню ролі вітамінів і мінеральних солей для харчування людей. Помер 21 березня 1973 р. на 74 році життя.

19 травня – 85 років від дня народження **Івана Івановича Сахарчука**, терапевта. У 1955 р. закінчив Львівський медичний інститут. У 1965 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Кровотворение при основных формах патологии щитовидной железы”. У 1968-1970 рр. працював професором кафедри терапії педіатричного факультету. Від 1971 р. завідувач кафедри терапії стоматологічного факультету КМІ. Автор близько 300 наукових праць, в т.ч. 10 монографій та підручників. Наукові дослідження пов'язані з вивченням патогенезу серцевої недостатності та розробкою схем і методів комплексної терапії кардіологічних пацієнтів.

21 травня – 90 років від дня народження **Костянтина Степановича Кабака**. У 1951 р. закінчив Дніпропетровський медичний інститут. У 1969 р. захистив докторську дисертацію на

тему: “Материалы к изучению реактивных изменений и свойств периферической нервной системы новорожденных”. У 1970 р. отримав вчене звання професора. У 1971-1987 рр. – проректор з наукової роботи, в 1973-1987 рр. – проректор з навчальної роботи. У 1976-1992 рр. – завідувач кафедри гістології й ембріології. У 1994 р. отримав звання Лауреата Державної премії України. Автор понад 120 наукових праць, присвячених вивченню ембріогенезу, будові вікових і реактивних змін периферичної нервової системи. Учасник Великої Вітчизняної війни. Нагороджений орденами і медалями СРСР. Помер 17 грудня 1998 р. на 75 році життя.

23 травня – 140 років від дня народження **Олександра Мойсейовича Тижненка**, лікаря, дерматолога-венеролога. Закінчив Петербурзьку військово-медичну академію. Працював в галузі дерматології. У 1909 р. захистив докторську дисертацію на тему “Про вплив фітіну і натрію гліцеринфосфату на обмін азоту і фосфору у людини”. З 1921 р. – завідувач кафедри шкірних та венеричних хвороб Київського медичного інституту. Організував Київське дерматологічно-венерологічне товариство. У 1926-1936 рр. – декан лікувального факультету. Один із засновників і член редколегії першого в УРСР українського медичного часопису “Українські медичні вісті”. О.М. Тижненко був автором численних наукових праць українською мовою про туберкульоз та рак шкіри, псоріаз, вовчак; описав ряд дерматозів. Виховав групу видатних клініцистів. У вересні 1941 р. гітлерівські війська зайняли Київ, О.М. Тижненко залишився у місті (йому було 67 років). У 1942 р. він виїхав на Захід. Помер 1944 р. у віці 70 років. За тоталітарного режиму про нього не згадували.

25 травня – 140 років від дня народження **Івана Юлійовича Руберта**. У 1899 р. закінчив медичний факультет Юр'ївського (Тартуського) університету. У 1903 р. захистив докторську дисертацію на тему: “О заболевании глаза при лепре”. Учень О.Ф. Шимановського. У 1904-1908 рр. працював у заснованій ним очній лікарні м. Звенигородка Київської губернії. Частина наукових робіт виконав на кафедрі патологічної анатомії (1908-1912). У 1919-1921 рр. – професор, завідувач кафедри очних хвороб. У 1922 р. – завідувач кафедри очних хвороб у Ризі. Учасник деяких Міжнародних з'їздів офтальмологів (1929-1934). Засновник Латвійського офтальмологічного товариства (1932). Помер 1 листопада 1934 р. на 61 році життя.

27 травня – 110 років від дня народження **Олени Сидорівни Кошель-Плескуної**. Закінчила у 1929 р. медичний факультет Московського університету. У 1950-1969 рр. – завідувач кафедри пропедевтики дитячих хвороб КМІ. У 1956 р. захистила докторську дисертацію на тему: “Материалы к вопросу о лечении туберкулёзного менингита у детей”. У 1958 р. отримала вчене звання професора. У 1958-1959 рр. працювала радником МОЗ Демократичної Республіки В'єтнам. У 1969-1974 рр. – консультант кафедри. Автор понад 100 наукових праць, присвячених фізіології та патології травлення у дітей раннього віку, клініці та лікуванню туберкульозного менингіту, дослідженню ВНД у дітей. Підготувала 7 кандидатів та 1 доктора наук. Була головою Українського наукового товариства педіатрів, брала участь в роботі Міжнародних, Всесоюзних, республіканських з'їздів, симпозіумів. Померла 23 травня 1990 р., проживши 86 років.

27 травня – 100 років від дня народження **Софії Лейбівни Воскобойнік**, фармацевта. Народилася в с. Семенівка Одеської області. У 1936 р. закінчила Дніпропетровський фармацевтичний інститут. У 1938-1941 рр. – аспірант кафедри фармакології цього ж інституту. у 1941-1942 рр. вчитель дитячого будинку в Кустанайській обл., в 1942-1946 рр. – учасник діючої армії; в 1946-1953 рр. – асистент кафедри фармакології, у 1953-1963 рр. завідувач курсу медичного товарознавства при кафедрі технології лікарських форм; у 1964-1968 рр. – завідувач кафедри організації та економіки фармації Львівського медичного інституту; у 1969-1973 рр. – завідувач кафедри організації та економіки фармації Курського медичного інституту. У 1949 р. захистила кандидатську дисертацію, у 1964 р. їй було присвоєно вчене звання доцента. Під час роботи у ЛМІ була автором 20 наукових праць. Наукові дослідження присвячені вивченню

жовчогінних препаратів рослинного походження, дії мінеральних вод на організм, стійкості і сумісності лікарських засобів при довготривалому зберіганні. Померла 5 січня 1997 р. на 83 році життя.

28 травня – 130 років від дня народження **Олександра Григоровича Єлецького**, лікаря-хірурга. У 1911 р. закінчив медичний факультет Харківського університету. Учень С.І. Спасокукоцького та В.І. Разумовського. У 1911-1914 рр. – військовий лікар, хірург головного перев'язувального загону в армії. Від 1918 р. працював на кафедрі оперативної хірургії Саратовського університету. У 1924 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Резекция задних корешков спинного мозга как способ лечения спастических параличей”. У 1925-1932 рр. – завідувач кафедри. Від 1932 р. і майже до кінця життя – завідувач кафедри ортопедії і травматології Київського медичного інститут і одночасно – завідувач відділення ортопедії і травматології Київського ортопедичного інституту. У 1941-1944 рр. – головний хірург та консультант госпіталів. Нагороджений орденами і медалями СРСР. Автор понад 60 наукових праць, присвячених питанням відновлення функцій опорно-рухового апарату, лікуванню спастичних паралічів, псевдосуглобів, кістково-суглобового туберкульозу. Одним із перших в СРСР здійснив велику кількість операцій артропластики на колінному і кульшовому суглобах, удосконалив методику операцій при застарілих вивихах і анкілозах (1926). Підготував 19 кандидатів та 5 докторів наук. Помер 11 грудня 1965 р. на 82 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беседін В. Беседін Николай Іванович / В. Беседін, 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. 20.
2. Яценко А. Луцик Олександр Дмитрович / А. Яценко // 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. 194-195. .
3. БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. Т.34: Хлорофиллы-Экскохлеация. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1964. – 1296 с. – Из содерж.: [Черкес Александр Ильич]. – С. 726-727.
4. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Черкес Олександр Ілліч]. – С. 277.
5. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Сокол Олександра Семенівна]. – С. 227.
6. Пшик С. Шевага Володимир Миколайович / С. Пшик // 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. 353-354.
7. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Кузьменко Анатолій Якович]. – С. 127-128.
8. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Винокуров Сергій Ісайович]. – С. 42.

9. Матешук Л. Личковський Лев Михайлович / Л. Матешук, 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. 185-186.
10. Бородій М.К. Ясиновський Михайло Олександрович / М.К. Бородій // УРЕ в 12 т. / гол ред. М.П. Бажан. – Т.12: Фітогормони-Б. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1985. – С. 526.
11. Зіменковський Б. Остерн Павел / Б. Зіменковський // 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. 246-247.
12. Гумецький Р. Демків Борис Федорович / Р. Гумецький, М. Чабан // Encyclopedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т.1: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 429.
13. Грабовська С. Католик Галина Вікторівна / С. Грабовська // Encyclopedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т.1: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 591.
14. Лесик Р. Зіменковський Андрій Борисович / Р. Лесик // 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. 127.
15. Ганіткевич Я. Український медичний календар на 2014 р. / Я. Ганіткевич. – К, 2013. – 84 с. – Зі змісту: [Микола Васильович Країнський]. – С. 21.
16. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Барченко Іван Петрович]. – С. 16
17. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Сахарчук Іван Іванович]. – С. 215.
18. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Кабак Костянтин Степанович]. – С. 98-99
19. Ганіткевич Я. Український медичний календар на 2014 р. / Я. Ганіткевич. – К, 2013. – 84 с. – Зі змісту: [Олександр Мойсейович Тижненко]. – С. 24.
20. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Руберт Іван Юлійович]. – С. 210-211.
21. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Кошель-Плескунова Олена Сидорівна]. – С. 118.
22. Парновський Б. Воскобойнік Софія Лейбовна / Б.Парновський, А. Мельник // 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. 56-57.
23. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Єлецький Олександр Григорович]. – С. 86.

Ю.М. ПАНИШКО, А.Л. ВАСИЛЬЧУК
МИКОЛА ЄФРЕМОВИЧ ПОЛІЩУК
До 70-річчя від дня народження



Микола Єфремович Поліщук народився 2 травня 1944 р. в с. Лип'ятин Хмельницького р-ну Вінницької обл. в селянській родині: батько – Єфрем Мусійович (1911-1963), мати – Єлизавета Василівна (1917-1999). Після закінчення школи працював математиком в Лип'ятинській 8-річній школі (1961-1963). У 1963 р. вступив на медичний факультет Ужгородського державного університету і майже одночасно, у 1966-1969 рр. працював медбратом неврологічного відділення Ужгородської обласної лікарні. У 1969 р. закінчив з відзнакою медичний факультет. У 1969-1970 рр. працював лікарем-анестезіологом Великоберезнянської райлікарні Закарпатської області. В 1970-1972 рр. – клінічний ординатор, у 1972-1974 рр. – аспірант Київського НДІ хірургії. У 1974 р. – лікар-нейрохірург Київського НДІ нейрохірургії. У 1974-1983 рр. – асистент кафедри нейрохірургії Київського інституту удосконалення лікарів. У 1983-1992 рр. – старший науковий працівник Київського НДІ нейрохірургії У 1985 р. – головний нейрохірург УОЗ м. Києва, голова філії нейрохірургів м. Києва.

У 1985 р. – науковий керівник і директор клініки невідкладної нейрохірургії. Реорганізував клініку в Центр невідкладної нейрохірургії, до якого увійшли 3 відділення: нейротравматології, патології хребта і спинного мозку, судинної нейрохірургії.

У 1986 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Забої головного мозку в осіб різного віку”. У 1990 р. – заступник директора з наукової роботи Науково-практичного об'єднання швидкої медичної допомоги та медицини катастроф. У 1991 р. М.Є. Поліщук було присвоєно вчене звання професора..

У 1992-1995 рр. працював директором клініки невідкладної нейрохірургії, заступником директора Науково-практичного об'єднання швидкої медичної допомоги та медицини катастроф.

Від липня 1993 р. – завідувач кафедри нейрохірургії Київської медичної академії післядипломної освіти імені П. Шупика. У 1994 р. М.Є. Поліщук присвоєно почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки України”. У 1997 р. його було обрано членом-кореспондентом АМН України.

Наукова діяльність присвячена проблемам діагностики та лікування хворих з черепно-мозковою травмою; організації та надання невідкладної допомоги при нейрохірургічній патології, лікування ушкоджень хребта та спинного мозку.

За часи роботи написав понад 500 наукових праць, в т.ч. 27 монографій, є автором 20 винаходів. Підготував 37 кандидатів та 4 докторів наук. Автор близько 100 публіцистичних статей медико-реформаторської та політичної спрямованості.

Микола Єфремович займає чітку громадянську позицію. У 2002 р. був висунутий виборчим блоком політичних партій “Блок Віктора Ющенка” “Наша Україна” в депутати Верховної Ради по виборчому округу №214 (Київ), де отримав 15,29% голосів серед 26 претендентів. Став народним депутатом України 4-го скликання (квітень 2002 р.). 3 травня 2002 р. – член фракції “Наша Україна”, з червня 2002 р. – голова комітету з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства. Організував парламентські слухання “Епідемія

туберкульозу в Україні та шляхи її подолання” (травень 2003 р.) та “Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв’язання” (грудень 2003 р.).

Від 4 лютого по 27 вересня 2005 р. М.Є. Поліщук був Міністром охорони здоров’я в першому уряді Ю.В. Тимошенко. Розробив і підготував прийняття понад 50 законопроектів. В березні 2006 р. – кандидат в народні депутати України від блоку “Наша Україна”. У вересні 2006-січні 2007 р. – радник Президента України В.А. Ющенко.

М.Є.Поліщук був членом Ради НСНУ (з 07.2005), головою Національної ради з питань охорони здоров’я населення України (з 02,2007), радником Президента України (01.2008-03.2010).

Під час Революції гідності 2014 р. М.Є. Поліщук був у вирі подій. Разом із іншими лікарями Києва він не тільки надавав необхідну допомогу постраждалим, але встиг врятувати життя багатьом учасникам Майдану.

Надійним тилом та натхненником успіхів Миколи Єфремовича є його сім’я: дружина Людмила Леонідівна (1950) нині є пенсіонером, дочка Оксана (1974) – лікар Київської національної академії післядипломної освіти імені П. Шупика, син Максим (1976) – економіст, підприємець, син Володимир (1980) – викладач Київського національного економічного університету.

Громадянська та суспільно-політична діяльність М.Є. Поліщука була відзначена орденом князя Ярослава Мудрого V ст. (05.2004), орденом Святого Володимира, Нестора Літописця. Він став Почесним громадянином м. Києва (2004), державним службовцем 1-го рангу (10.2006).

Бажаємо ювіляру міцного здоров’я на многая і благая літа!

ЛІТЕРАТУРА

1. Червяк П.І. Медична енциклопедія / П.І. Червяк. – К.: Вид. центр “Просвіта”, 2001. – 1024 с.: Зі змісту: [Поліщук Микола Єфремович]. – С.988.
2. Скрипник О. Ексклюзивне інтерв’ю журналу Doctor Миколи Єфремовича Поліщука / О. Скрипник // Доктор. – 2002. – №4. – С. 1-4.
3. Виленский Ю. Николай Полищук: Приоритеты медицины – это национальные интересы / Ю.Виленский // Проблемы медицины. – 2002. - №3-4. – С. 45-48.
4. Члену-кореспонденту АМН України М.Є. Поліщуку – 60 років // Журнал АМН України. – 2004. – Т.10. – №2. – С. 415-416.
5. Здобутки нейрохірургії у вимірі особистості. Миколі Поліщуку – 60. // Єженедельник “Аптека”. – 2004. – №18. – С. 83.
6. Николай Ефремович Полищук (К 60-летию со дня рождения) // Вопросы нейрохирургии. – 2005. – №3. – С. 46.
7. Біографія Миколи Єфремовича Поліщука // Ваше здоров’я. – 2005. – 11-17 лютого.– №6. – С. 3.
8. Хто є хто в Україні / уряд.: Ю.Марченко, О.Телемко. – К.: “К.І.С.”, 2006. – 1136 с. – Зі змісту [Поліщук Микола Єфремович]. – С. 775.
9. 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: [Поліщук Микола Єфремович]. – С.161-162.

ЮРІЙ ІВАНОВИЧ ФЕЩЕНКО**До 65-річчя від дня народження**

Юрій Іванович Фещенко народився 2 травня 1949 р. в м. Тальному Черкаської області. У 1967-1973 рр. навчався в Київському медичному інституті імені акад. О.О. Богомольця. Розпочав свою діяльність у Київському науково-дослідному інституті туберкульозу та грудної хірургії імені акад. Ф.Я. Яновського. У 1973-1978 рр. працював молодшим науковим співробітником; у 1978-1985 рр. – старшим науковим співробітником; у 1985-1991 рр. – завідувачем відділення пульмонології. Від 1991 р. Юрій Іванович очолює Державну установу – Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України, поєднуючи адміністративну діяльність з науковою роботою на посаді завідувача відділу пульмонології. Вчителями Юрія Івановича були відомі вчені – професори інституту Г.Г. Горovenko, С.А. Кшановський, О.С. Мамолат, В.Н. Молотков. У 1977 р. Ю.Ф. Фещенко захистив кандидатську дисертацію на тему: “Клинико-иммунологические исследования в комплексной диагностике туберкулёза внутренних лимфатических узлов у детей и подростков”. Через 11 років, у 1988 р. він захистив докторську дисертацію на тему “Эндолимфатическая антибиотикотерапия в комплексном лечении пульмонологических больных”. У 1990 р. Юрію Івановичу присвоєно вчене звання професора. У 1994 р. його було обрано членом-кореспондентом АМН України, а в 1997 р. він став академіком АМН України.

Академік Ю.І. Фещенко підготував близько 50 кандидатів і докторів наук. Йому належить понад 700 наукових праць, в т.ч. 25 винаходів, 32 монографії, 30 методичних рекомендацій, 50 інформаційних листів. Він впровадив у практику понад 60 раціоналізаторських пропозицій. Під його керівництвом виконано 20 науково-дослідних робіт. Його наукові розробки є вагомим внеском у фундаментальну та прикладну фтизіопульмонологію. Під керівництвом академіка Ю.І. Фещенко розпочато перспективні напрями у фтизіопульмонології – ендолімфатична терапія туберкульозу і неспецифічних захворювань легень, генетична діагностика. Академік Ю.І. Фещенко брав участь у розробці чинних нині нормативно-правових документів Адміністрації Президента, Верховної Ради, Кабінету Міністрів, Міністерства охорони здоров'я, які стосуються вдосконалення діяльності в галузі фтизіатрії та пульмонології.

Вчений проводить велику науково-організаційну і громадську діяльність. Він є головним спеціалістом Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності “Пульмонологія і фтизіатрія”, Головою Всеукраїнської проблемної комісії МОЗ та АМН України “Фтизіатрія і пульмонологія”, членом Європейської та Міжнародної асоціації по боротьбі з туберкульозом та захворюваннями легень, Американської торакальної

асоціації, головою спеціалізованої Вченої ради Д 26.552.01 при Національному інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України, головою Асоціації фтизіатрів і пульмонологів України, Асоціації хіміотерапевтів України, членом Міжвідомчої комісії по боротьбі з туберкульозом, членом Координаційної ради з проблем ВІЛ-інфекцій / СНІДу, туберкульозу та наркоманії при Кабінеті Міністрів України, головним редактором “Українського пульмонологічного журналу”, “Українського хіміотерапевтичного журналу”, членом редколегії 10 науково-медичних журналів, 2 медичних газет.

Ім'я академіка Ю.І. Феценка, як одного з провідних вчених в галузі фтизіатрії, пульмонології, клінічної лімфології та організації фтизіопульмонологічної служби добре відоме у всьому світі.

Заслуги академіка Ю.І. Феценка в розвитку фтизіопульмонології визнані не лише в Україні, а й за її межами. У 1997 р. йому присвоєно почесне звання Заслуженого діяча науки і техніки України, присуджена Державна премія України в галузі науки і техніки, а в 2000 р. – Премія імені Ф.Г. Яновського НАН України.

Велика наукова, лікувальна, громадська діяльність академіка Ю.І. Феценка відзначена державними нагородами – орденом “За заслуги” III ст. (1999), орденом “За заслуги” II ст. (2001).

Бажаємо ювіляру міцного здоров'я на многая і благая літа!

ЛІТЕРАТУРА

1. Червяк П.І. Медична енциклопедія / П.І. Червяк. – К.: Вид. центр “Просвіта”, 2001. – 1024 с.: Зі змісту: [Романенко Аліна Михайлівна]. – С.992.
2. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту [Феценко Юрій Іванович]. – С. 193, 210, 324,
3. Хто є хто в Україні / упоряд.: Ю.Марченко, О.Телемко. – К.: “К.І.С.”, 2006. – 1136 с. – Зі змісту [Феценко Юрій Іванович]. – С. 1004.
4. Академіку АМН України Ю.І. Феценку – 60 років // Журнал АМН України. – 2009. – Т.15. – №1. – С.200-201.
5. Академик НАМН Украины Ю.И. Феценко: “Если бы в сутках был дополнительный час, я посвятил бы его медицине” //Здоров'я України. Темат. Номер: Пульмонологія. Алергологія. Риноларингологія. – 2012. – №3. – С. 10-12.

ОЛЕКСІЙ ВАСИЛЬОВИЧ ЛУКАВЕЦЬКИЙ

До 65-річчя від дня народження



Олексій Васильович Лукавецький народився 4 травня 1949 р. в м. Львові. Після завершення навчання в ЗОШ №28 м. Львова у 1966 р. поступив на лікувальний факультет Львівського державного медичного інституту. Починаючи з першого курсу навчання в інституті захопився вивченням проблем онкології. В студентському гуртку при кафедрі онкології почав досліджувати стан клінічного та гуморального імунітету у хворих на рак шлунку.

У 1972 р. закінчив медичний інститут і почав працювати лікарем відділу реанімації та інтенсивної терапії Львівської обласної клінічної лікарні. Після завершення інтернатури був призваний на військову службу лікарем-хірургом в морські частини прикордонних військ на Далекому Сході. Кандидатська дисертація на тему: “Изменения некоторых показателей иммунологической реактивности у больных раком желудка” була захищена у 1974 р. Після завершення військової служби у 1975 р. працював хірургом 8-ї лікарні м. Львова. У 1975-1987 рр. був асистентом кафедри факультетської хірургії Львівського медичного інституту. У 1987-2002 рр. Олексій Васильович працював доцентом цієї ж кафедри. Організаторські здібності дозволили в 1982 р. бути заступником декана лікувального факультету. Від 1993 р. О.В. Лукавецький став проректором із міжнародних зв'язків. На цій посаді він пропрацював до 1997 р.

У 2001 р. Олексій Васильович захистив докторську дисертацію на тему: “Аутоімунний тироїдит (патогенез, патоморфоз, діагностика, консервативне і хірургічне лікування. У 2004 р. йому присвоєно вчене звання професора. З ініціативи та при безпосередній участі О.В. Лукавецького у 1995 р. було організовано видання журналу “Acta Medica Leopoliensia” – Львівський медичний часопис, в якому від часу заснування до 2007 р. був відповідальним секретарем, а з 2008 р. – став головним редактором. Наукові дослідження вченого пов'язані з проблемами діагностики та індивідуалізації лікування раку шлунка, вивчення патогенезу клініки та удосконалення хірургічного лікування захворювань щитоподібної залози.

О.В. Лукавецький є автором понад 120 наукових праць з актуальних питань хірургії та хірургічної ендокринології. Підготував 1 кандидата наук.

Від 2008 р. він працює проректором з лікувально-профілактичної роботи.

Координація співпраці клінічних кафедр університету із закладами охорони здоров'я відбувається через лікувальний відділ та координаційні ради. В цій програмі задіяні лікувально-профілактичні установи декількох областей Західної України.

Найважливіші питання охорони здоров'я вирішуються на спільних засіданнях Вченої Ради університету і Колегій управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Розширюється міжнародна співпраця працівників університету стосовно методів діагностики з лікувальними центрами США, Канади, Франції, Великої Британії, Німеччини, Бельгії, Люксембургу, Австрії, Польщі, РФ.

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

ЛІТЕРАТУРА

1. Львівський державний медичний інститут / за ред. проф. М. Павловського, проф. І. Даценко, проф. Л. Петрух. – Львів: Словник, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Лукавецький Олексій]. – С. 15, 16, 217.
2. Луцик О. Лукавецький Олексій Васильович / О. Луцик, С. Різничок // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2006. – С. 163-164.
3. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького: Довідник 2009 / Б.С. Зіменковський, редактор. – Львів: Наутілус, 2009. – 412 с. – Зі змісту: [Лукавецький Олексій]. – С. 79.
4. Луцик О. Лукавецький Олексій Васильович / О.Луцик, С. Різничок // 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. 190-191.
5. Панишко Ю.М. Лукавецький Олексій Васильович. До 60-річчя з дня народження / Ю.М. Панишко // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. / ред. – доц.. Ю.М. Панишко. – Л., 2009. – Вип. 38. – С. 51.

ІВАН ЯКОВИЧ ГОРБАЧЕВСЬКИЙ

До 160-річчя від дня народження



Іван Якович Горбачевський народився 15 травня 1854 р. в родині священика в с. Зарубинці (тепер Збараського р-ну Тернопільської обл.). У 1864 р. він закінчив початкову польсько-німецьку народну школу в рідному селі і поступив до Тернопільської гімназії. В таємному гуртку “Громада”, що існував в гімназії витав дух української самосвідомості. Члени “Громади” склали присягу ніколи не зраджувати таємниці “Громади, вірно служити своєму народові. У 1872 р. І.Я. Горбачевський був головою товариства.

У 1873 р. І. Горбачевський поступив на медичний факультет Віденського університету, оскільки медичний факультет Львівського університету було закрито після студентських заворушень 1848 р. і знову відкрито лише у 1896 р. На медичному факультеті І.Я. Горбачевський навчався до 1877 р. Ще в 1874 р. він працював у хімічній лабораторії професора Ф. Шнайдера. У 1875 р. І.Горбачевський почав працювати у фізіологічній лабораторії професора Е.В. Брюкке і виконав свою першу наукову роботу “Uber den Nervus vestibuli” (Про вестибулярний нерв). В тому ж році він перейшов на роботу демонстратором, а згодом асистентом в Інституті лікарської хімії до професора Еміля Людвіга. У 1875-1877 рр. І.Я. Горбачевський був двічі обраний головою студентського товариства “Січ”, в якому гартувався дух посвяти науці. Професор Е. Людвіг запросив його працювати на кафедрі медичної хімії Віденського університету. У 1877 р. І.Я. Горбачевський із відзнакою закінчив університет і почав займатися науковими дослідженнями в Хімічному, а згодом у Фізичному інститутах Відня. За короткий час Іван Якович виконав низку наукових робіт, присвячених перетравленню білків. Але світову славу українському вченому принесла робота, присвячена синтезу сечової кислоти із сечовини і гліцину. Це сталося у 1882 р. Одного дня на лекцію своєчасне не прийшов професор хімії Е.Людвіг, відомий своєю пунктуальністю. Але через деякий час він з’явився в аудиторії і повідомив про надзвичайну подію: синтез сечової кислоти асистентом І. Горбачевським і відмінив лекцію. Через деякий час світова наукова преса повідомила про це досягнення. Інформація про синтез сечової кислоти надійшла до Австрійської АН 2 листопада 1882 р. Через деякий час авторитетний журнал “Nature” надрукував опис дослідів І. Горбачевського з коментарем, в якому високо оцінено роботу вченого. Після цього відкриття 29-річного вченого у 1883 р. запросили на посаду професора кафедри фармацевтичної хімії Празького німецького Карло-Фердинандового університету. Розпочалася довголітня наукова діяльність І.Я. Горбачевського у Празі. Питання санітарії для пражан було дуже актуальним. Молодий вчений довів, що вода у річці Влтава не придатна для споживання

людиною. Це був перший важливий результат праці в Празі, що викликало вдячність пражан.

У 1885 р. І. Горбачевському вдалося синтезувати метасечову кислоту, а в 1886 р. створити новий метод синтезу креатину із саркозину та гуанідину.

Заслуга І.Я. Горбачевського в тому, що він вперше (1889) встановив джерелл сечової кислоти в організмі: азотовмісні основи – гіпоксантин та ксантин, що утворюються з білків – нуклепротейнів внаслідок протеолізу. Розпочалася довголітня найбільш плідна наукова діяльність І.Я. Горбачевського у Празі.

У 1889 р. І.Я. Горбачевський відкрив фермент ксантиноксидазу, а в 1890 р. експериментально доказав, що сечова кислота утворюється в організмі тварин із структурних складників нуклеїнових кислот клітин.

У 1898 р. наукову діяльність вченого було відзначено найвищою нагородою Австро-Угорщини – орденом Залізної корони.

У 1899 р. І. Горбачевський був обраний дійсним членом НТШ, а згодом очолив математично-природописно-лікарську секцію НТШ. Він співпрацював з професором філософії Т. Масариком, майбутнім президентом Чехословаччини та іншими чеськими вченими. Про авторитет І.Я. Горбачевського свідчить той факт, що у 1889, 1894, 1914, 1911 роках він був деканом лікарського факультету, а у 1902-1903 рр. – ректором Чеського (тепер Карлового) університету у Празі.

Кузнею підготовки нових наукових кадрів з лікарської хімії став організований І.Я. Горбачевським Інститут лікарської хімії в Празі по вул. Катарінська, 32.

Професор І.Я. Горбачевський користувався заслуженим авторитетом. І.Я. Горбачевський заклав основи для розвитку чеської біохімії, підготував для чеської науки багатьох біохіміків. Його учнями були чехи та українці, німці та французи. Він виховав групу визначних вчених, зокрема в галузі лікарської хімії: професор Карел Черни (1871-1922), Еммануїл Форманек (1869-1929), професор Антонін Гамсік (1878-1922). Під його керівництвом з'явилася третя генерація викладачів Карлового університету: професор Октавін Вагнер, професор Антонін Ріхтер, професор Карел Качл, професор Ян Шуля.

І.Я. Горбачевський завідував кафедрами хімії в УВУ та в Українському вищому педагогічному інституті ім. М. Драгоманова. Був професором Українського техніко-господарського інституту, Української господарської академії у Подебрадах та головою хімічної комісії при цій академії.

Коли у 1901 р. польська влада закрила у Львівському університеті кафедру українознавства, Іван Горбачевський та Іван Пулюй багато зробили, аби понад 500 студентів змогли продовжити навчання в Празі. Вони організували Українську громаду, заснували стипендіальний фонд імені Пулюя, який виділив кошти для бідних студентів.

Саме в 1904-1908 рр. І.Я. Горбачевський інтенсивно працював над розробкою української хімічної термінології, написав 4-томний підручник з лікарської хімії чеською мовою. Починаючи з 1909 р. І.Я. Горбачевський почав досліджувати речовини, які згодом отримали назву “вітаміни”. Він опублікував наукові дослідження: “Експериментальні підходи до пізнання етіології пелагри”, “До питання про пелагру”. Упродовж 1909-1912 рр. він отримав нові дані про роль нікотинаміду а організмі.

І.Я. Горбачевського призначали головою Ради здоров'я Чехії, а з 1906 р. – головою “Найвищої санітарної Ради” Австро-Угорської монархії. Він був обраний членом Панської Палати Віденського сейму, радником цісарського двору та членом Королівського Чеського наукового товариства (згодом Чеської АН),

Під час Першої світової війни І.Я. Горбачевський разом з іншими українськими громадськими діячами заснував у Празі Комітет допомоги українським біженцям із Галичини, захопленої російськими військами, а також пораненим українським воякам та військовим полоненим російської армії.

У 1917 р. на запрошення уряду І.Я. Горбачевський організував у складі австро-угорського уряду перше в світі Міністерство народного здоров'я і став міністром.

У 1919 р. І.Я. Горбачевському вдалося реалізувати свою давню (з 1906 р.) мрію про заснування у Відні Українського вільного університету. Офіційне відкриття цього університету відбулося 17 січня 1921 р. У жовтня 1921 р., дякуючи допомозі Томаша Масарика, президента Чехії, давнього приятеля Івана Горбачевського, університет був переведений до Праги. Розпочався другий празький період діяльності І.Я. Горбачевського.

У 1923 р. професор І.Я. Горбачевський був обраний ректором Українського вільного університету. Свої завдання Український вільний університет сформулював так: “Український вільний університет поставив собі за провідну ідею і перший обов'язок служити потребам рідного краю і рідного народу. Свою задачу за кордоном вважає він за тимчасову провізорну. Він має приготувляти нашу молодь до діяльності серед рідного народу у своїх інституціях та майбутніх урядах. Український вільний університет має улегшити сформування українського університету або університетів на рідній землі і має як готовий організм бути перенесений у відповідний час на рідну територію, туди, де його буде найбільше потрібно”.

У 1924 р. І.Я. Горбачевський написав підручник з органічної хімії українською мовою. В кінці 1924 р. він з іншими професорами організував у Празі “Музей визвольної боротьби України”, в якому за задумом організаторів потрібно зібрати все, що пов'язано з визвольною боротьбою за незалежність України. Головою Товариства був обраний І.Я. Горбачевський. На пожертви української громадськості в Празі управа Товариства купила 16 березня 1938 р. трьохповерховий будинок, в якому була розміщена величезна колекція експонатів (700 тис.) з української історії. У 1945-1947 рр. радянські спецслужби вивезли з Праги всю колекцію експонатів. Ніхто не знає, де тепер вона знаходиться.

На загальних зборах Всеукраїнської академії наук (ВУАН) 6 квітня 1925 р. професор І.Я. Горбачевський був обраний академіком ВУАН. Його запросили переїхати до столиці України міста Харкова, щоб викладати в Університеті, але Іван Якович відмовився це робити і подальші події в Україні показали, що він був правий.

І.Я. Горбачевський був причетний до організації і проведення українських наукових з'їздів у Празі (1926 та 1932 рр.). Цю роботу він розпочав ще у 1925 р., написавши лист в НТШ з проханням запросити вчених ВУАН. Але в Радянській Україні була проведена відповідна антиз'їздівська кампанія із залученням до цих заходів акад. М.С. Грушевського. У 1928 р. Академія наук перевірялася комісією ЦК КП (б) України.

Народний комісаріат освіти проводив затвердження академіків. Кандидатуру І.Я. Горбачевського було відкладено.

Другий Український науковий з'їзд відбувся у Празі в березні 1932 р.

Коли була створена Карпатська Україна І.Я. Горбачевський став почесним головою Комітету оборони Карпатської України і сприяв збору коштів для допомоги у формуванні Карпатської Січі.

У травні 1942 р. (це час окупації Праги нацистами І.Я. Горбачевський тяжко захворів і 24 травня 1942 р. помер, проживши 88 років і 9 днів.

У 1954 р. світ відзначав 100 річницю від дня народження Івана Яковича Горбачевського. Високу оцінку діяльності українського вченого подав чеський професор Карел Качл: "Народилися Ви як українець і як визначний син цього великого народу, Ви працювали не тільки для нього. Ваше ім'я записано в аналах віденських, ... а також в аналах празьких, де Ви 35 років були дійсним членом Карлового університету, в якому ви були ректором, 4 рази деканом, основоположником і завідувачем інституту медичної хімії, де Ви виконали багато своїх наукових робіт. У Празі Ви виховали для чеського народу 3 професорів медичної хімії, навчили тисячі чеських лікарів і написали для чеських студентів підручник медичної хімії. Маючи можливість завдяки своїй широкій науковій діяльності, бути професором у будь-якому із світових університетів, Ви присвятили 35 років свого життя і своєї діяльності нашому оновленому і початкуючому чеському університету, чеській медицині та чеському народові. За це все ми будемо Вам завжди вдячні".

На ознаку 150-річчя від дня народження громадськість світу через ЮНЕСКО віддала шану титану праці, науковцю, патріоту. Ім'я великого вченого присвоєно Тернопільському державному медичному університету.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шляхтиченко М. Професор доктор Іван Горбачевський / М. Шляхтиченко // Лікарський вісник. – 1958. – №9. – С. 7-13.
2. УРЕ в 12 т. / гол ред. М.П. Бажан. – Т.3: Гердан-Електрографія. – Київ: УРЕ, 1979. – 552 с. – Зі змісту: [Горбачевський Іван Яковис]. – С. 106.
3. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наук, думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Горбачевский Иван Яковлевич]. – С. 185-186.
4. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биогр. справ. / В.А. Волков, Е.В., Вонский, Г.И. Кузнецова / под ред. проф. В.И. Кузнецова. – М. Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Горбачевский Ян (Иван) Яковлевич]. – С. 127-128.
5. Юркевич О.Г. Український вчений світової слави / О.Г. Юркевич // Аксіоми для нащадків: українські імена у світовій науці.: зб. нарисів / упоряд. і передм. О.К. Романчука. – Львів: Меморіал, 1992. – С. 339-347.
6. Юркевич О. Геніальний вчений, великий Патріот, гідна Людина: [До 140-ліття від дня народження Івана Горбачевського] / О. Юркевич // Народне здоров'я. – 1994 – №9. – С.2.
7. Подільчак М. Вагомий внесок у світову науку: [До 140-ліття від дня народження Івана Горбачевського] / М.Подільчак // Народне здоров'я. – 1994. – №9. – С.4.

8. Головацький І. Іван Горбачевський 1854-1942: життєписно-бібліогр. нарис / І. Головацький. – Львів, 1995. – 126 с.
9. Подільчак М. Видатний український вчений і громадянський діяч / До 140-річчя від дня народження акад. Івана Горбачевського / М. Подільчак // Лікарська справа. – 1996. – №10-12. – С. 169-171.
10. Сміян І. Іван Горбачевський / І. Сміян, Я. Гонський // Ваше здоров'я. – 1997. – 18 січня. – №4. – С. 10.
11. Подільчак М. Академік Іван Горбачевський – видатний український вчений / М. Подільчак // Агапіт. – 1998. – №9-10. – С. 51-53.
12. Іван Горбачевський (1854-1942) // Золота книга української еліти. Інформаційно-іміджевий альманах: у 6 т. – К.: Євроімідж, 2001. – Т.1. – С. 442-443.
13. Гонський Я.І. Академік Іван Горбачевський: 60 років з часу смерті та 120 років від часу синтезу сечової кислоти / Я.І. Гонський, Ю.І. Губський // Медична хімія. – 2002. – Т.4. – №4. – С. 96-97.
14. Козирський В. “Навічно служити своїй українській землі”. До 150-річчя від дня народження академіка ВУАН І.Я. Горбачевського / В. Козирський, В. Шендеровський // Вісник Національної академії наук України. – 2004. – №6. – С. 52-56.
15. Головацький І.Д. Біохімік академік Іван Горбачевський. Життя та діяльність: [До 150-річчя від дня народження] / І.Д. Головацький // Український біохімічний журнал. – 2004. – Т. 76. – №2. – С. 133-137.
16. Апостол правди і науки: [До 150-річчя від дня народження видатного українського вченого Івана Горбачевського (1854-1942)] // Народне здоров'я. – 2004. – №5. – С. 7-8.
17. Гонський Я. Іван Горбачевський у спогадах і листуваннях / Я. Гонський. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 184 с.
18. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Горбачевський Іван]. – С. 43, 45, 48, 53, 553, 56, 60, 80, 83, 88, 89, 92, 96, 98, 119, 137, 188, 229.
19. Гонський Я.І. Іван Горбачевський: життя немов легенда / Я.І. Гонський // Ліки України. – 2006. – №11. – С. 4.
20. Головацький І.Д. Горбачевський Іван Якович (1854-1942) – біохімік, епідеміолог / І.Д. Головацький // ЕСУ. – К., 2006. – Т.6. – С. 188.
21. Колумб медичної хімії Іван Горбачевський // Здоров'я України. – 2007. – №11-12. – С. 72-73.
22. Ковальчук Л.Я. 155 років від дня народження Івана Горбачевського / Л.Я. Ковальчук // Мистецтво лікування. – 2009. – №87. – С. 86-88.
23. Ганіткевич Я. Український медичний календар на 2014 р. / Я. Ганіткевич. – К., 2013. – 84 с. – Зі змісту: [Іван Горбачевський]. – С. 22-23.
24. Імена в медицині у відгоміні часу. 2014 р.: календар знаменних і пам'ятних дат – Ч.І. / уклад.: С.М. Булах, Л.Є. Корнілова, М.С. Слободенюк. – К., 2014. – 116 с. – Зі змісту: [Іван Якович Горбачевський]. – С. 77.

ВІТАЛІЙ ІВАНОВИЧ ЧЕРНОБАЙ

До 85-річчя від дня народження



Віталій Іванович Чернобай народився 23 травня 1929 року в місті Дніпропетровську в сім'ї робітників. В 1937 році поступив в СШ № 67, де навчався до початку війни. Після звільнення м. Дніпропетровська закінчив вечірню середню школу, в якій протягом двох років пройшов весь курс навчання. В 1945 р. поступив на навчання у Львівський державний інститут радянської торгівлі, на I курсі екзамени не здавав, оскільки весною 1946 р. брав участь у Всесоюзному фізкультурному параді в Москві. Після повернення з Москви був умовно зарахований на I курс Львівського державного інституту фізичної культури. Під час навчання здав екстерном іспити в технікумі фізичної культури м. Миколаєва, що дало можливість продовжити навчання в ЛДІФК.

Пробував себе в багатьох видах спорту, але найбільше сподобалася “королева спорту” – легка атлетика. Під керівництвом відомих тренерів П.О.Чубанова, заслуженого тренера СРСР Д.І.Оббаріуса та В.М.Типакова опанував техніку спринтерського бігу та всіх видів десятиборства, але значну увагу приділяв вдосконаленню техніки стрибка з жердиною. Вже на старших курсах зросла сила та майстерність юнака і він став не лише членом збірної команди Львівської області та України, але й членом збірної команди СРСР з легкої атлетики. Після закінчення навчання в ЛДІФК в 1950 р. був запрошений на роботу викладачем кафедри легкої атлетики ЛДІФК.

Працюючи в 1950-1953 рр. викладачем кафедри, продовжив виступати в складі збірної команди СРСР з легкої атлетики, встановив рекорди СРСР та Європи у стрибках з жердиною. В 1952 р. Всесоюзний Комітет у справах фізичної культури та спорту при Раді Міністрів СРСР присвоїв Віталію Івановичу Чернобаю звання “майстер спорту СРСР” з посвідченням № 4865. З 1952 по 1958 рік В.І.Чернобай працював по запрошенню інструктором Центральної Ради Союзу спортивних товариств та організацій СРСР. З 1958 по 1960 роки – служба в лавах Радянської Армії інструктором по спорту при Центральному спортивному клубі Міністерства оборони СРСР

В 1955-1959 рр. В.І.Чернобай в складі спортивних делегацій виступав на стадіонах Австрії, Великобританії, Греції, НДР, Польщі, Угорщини, Швейцарії, Швеції, Фінляндії, Румунії, СФРЮ, КНР, Австралії. В 1956 р. брав участь в Іграх Олімпіади в Мельбурні, де попав в фінальну частину змагань найкращих стрибунів з жердиною.

В 1960-1962 рр. працював тренером з легкої атлетики у Львівській обласній Раді ДСТ “Динамо”. В 1962 р. запрошений на роботу викладачем кафедри легкої атлетики ЛДІФК, де працював до 1966 р. За весь час навчання в ЛДІФК, виступів на змаганнях, роботи викладачем Віталія Івановича Чернобая цікавила думка про більш детальне дослідження техніки багатьох легкоатлетичних видів. Він розробив методику реєстрації кутових параметрів бігу та на тій основі – аналіз та вдосконалення техніки легкоатлетичних вправ.

В 1966-1969 рр. В.І.Чернобай навчався в аспірантурі ДЦОЛІФК. Під керівництвом відомого вченого, проф. Н.Г.Озоліна виконав дисертаційну роботу “Исследование некоторых

динамических характеристик в спортивных упражнениях (на примере прыжков в длину с разбега)”, успішний захист якої відбувся 24 квітня 1970 р.

В 1969 р. повернувся на кафедру. Працював на посаді старшого викладача. В 1970-1976 рр. працював доцентом кафедри легкої атлетики. В співдружності з вченими Львівського політехнічного інституту розробив унікальну в світі методику реєстрації кінематичних показників кожного кроку на біговій дистанції, в розбігах у стрибках та метаннях за допомогою контактних устілок, з'єднаних з телеметричною системою “Спорт-4”, яка в той час вже використовувалась в ЛДІФК.

З 1975 по 1980 р. В.І.Чернобай очолював комплексну наукову групу з науково-методичного забезпечення збірної команди УРСР з легкої атлетики. В 1976-1977 рр. виконував обов'язки завідувача кафедри легкої атлетики, а в 1977 р. обраний на посаду завідувача кафедри легкої атлетики. В 1978 р. Спорткомітет СРСР відрядив Віталія Івановича Чернобая для роботи в Алжирську Народно-Демократичну республіку, де він працював із збірною командою з легкої атлетики на базі інституту фізичної культури Алжиру, яка досить вдало почала виступати на Чемпіонатах Африки. З 1980 р. по 1988 р. працював завідувачем кафедри легкої атлетики ЛДІФК, з 1988 р. по 1998 р. – на посаді доцента кафедри легкої атлетики. В 1998 р. вийшов на пенсію, але в 2008 р. знову запрошений на роботу доцентом кафедри легкої атлетики, де пропрацював 4 роки.

З 1970 року активно працював над науковими проблемами легкої атлетики. Підготував 5 кандидатів наук, опублікував близько 80 наукових статей, тез в журналах, збірниках. Виступав з доповідями на міжнародних, всесоюзних, республіканських, інститутських конференціях.

Вся сім'я В.І.Чернобая тісно пов'язана із спортом. Дружина Віталія Івановича – Ельвіра Іванівна була відомою спортсменкою-легкоатлеткою, входила до складу збірної команди Львівської області з легкої атлетики. Донька – Тетяна Віталіївна закінчила Львівський державний інститут фізичної культури. Спеціалізувалася з легкої атлетики, потім захопилася стрільбою з луку. Зять, Бакатов Володимир Юрійович закінчив Львівський державний інститут фізичної культури із спеціалізації – легка атлетика, метання молоту. Кандидат педагогічних наук, доцент, автор понад 100 наукових робіт. Онук, Бакатов Віталій Володимирович, закінчив факультет фізичного виховання Миколаївського державного педагогічного університету, захоплювався легкою атлетикою.

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

ЛІТЕРАТУРА

1. Конестяпін В. Легка атлетика у Львівському інфізкульті / В. Конестяпін, М. Микіч // Теорія та методика фізичного виховання. – 2006. – №4 (24). – С. 26-27.
2. Панишко Ю.М. До 80-річчя від дня народження / Ю.М. Панишко // Здоровий спосіб життя: зб.наук. ст./ ред.. – доц.. Ю.М. Панишко. – Л., 2009. – Вип. 38. – С. 52-53.

Хроніка травня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

2 травня – 115 років від дня народження **Анни Станіславівни Герціг (Herzig-Weigl)** – львівського біолога. Закінчила гімназію у Львові. У 1921-1922 рр. – молодший асистент, у 1922-1924 рр. – допоміжний науковий працівник, у 1925-1926 рр. – асистент волонтаріуш, у 1926-1934 рр. – молодший асистент кафедри загальної біології Львівського університету, згодом – асистент Р. Вайгля (1883-1957). Подальша доля невідома.

6 травня – 85 років від дня народження **Пола Крістіана Лотербурга**, американського хіміка. Народився в м. Сідней (шт. Огайо). У 1962 р. закінчив Університет Піттсбурга. Подальша робота Пола Лотербурга проходила в Нью-Йоркському університеті в Стоун-Брук в 1970-х роках. Після цього він все життя пропрацював в Іллінойському університеті в Урбані та Шамнейні.

У 2003 р. П.К. Лотербур отримав Нобелівську премію разом з П. Менсфілдом в галузі фізіології та медицини “за розробку методу магнітно-резонансної томографії”.

Помер 27 березня 2007 р. на 78 році життя.

7 травня – 75 років від дня народження **Сідні Олтмена**, канадського біолога. Народився в Монреалі, в сім'ї бідних емігрантів. Після закінчення школи почав вивчати фізику в Массачусетському технологічному інституту і в 1960 р. отримав ступінь бакалавра з фізики. Прослухав курс лекцій з молекулярної біології, що спонукало його серйозно захопитися цією наукою. Після наукових пошуків у Колумбійському університеті, у 1967 р. захистив дисертацію в Університеті Колорадо. Познайомився з відомим російським фізиком Георгієм Гамовим (1904-1968), який перший розрахував генетичний код. Фізик познайомив Сідні Олтмена з Леонардом Лерманом, який в медичному центрі університету займався інтеркаляцією (вбудовуванням) молекули акридинів у молекулу ДНК. Так відбулося його посвячення у біохіміки. Почав працювати в лабораторії Гарвардського університету, займаючись вивченням ДНК-ендонуклеази, яка бере участь в процесі реплікації та рекомбінації Т4ДНК. Через 2 роки увійшов у групу, яку очолював Сідні Бреннер (лауреат Нобелівської премії з фізіології та медицини 2002 р.) та Френсісом Кріком (лауреатом Нобелівської премії з фізіології та медицини 1962 р.) в Медичному дослідницькому центрі Лабораторії молекулярної біології в Кембриджі (Великобританія). В молекулярній біології побутувала думка, що ДНК та РНК є лише носіями генетичної інформації, в той час як білки у формі ферментів каналізують хімічні процеси життя. У 1982 р. Томас Чек, а в 1983 р. оголосили, що це не відповідає дійсності.

У 1970-1970 рр. С. Олтмен і Т. Чек вивчали, яким чином генетичний код передається від ДНК до РНК. Було відомо, що частина генетичної інформації не є обов'язковою і від неї потрібно “відмовитись” в молекулі РНК, перше, ніж остання почне користуватися клітиною. Вчені відкрили, що ферментативну функцію виконує не білок, а каталітична РНК. С. Олтмен вивчав фермент рибонуклеазу Р, яка була у шлункових бактерій. Рибонуклеаза Р. активує деякий вид молекул РНК, що називаються транспортні РНК (тРНК). В даному випадку РНК виступила в ролі біокаталізатора. Відкриття каталітичної РНК, яку називають також рібозимом дуже важливо для науки та виробництва. Каталітична РНК – потужна зброя генної інженерії. Після відкриття молекули тРНК С. Олтмен отримав у 1971 р. посаду асистента професора в Єльському університеті. У 1980 р. він став

професором, а в 1983-1985 рр. очолював факультет. У 1985 р. став деканом Єльського коледжу, але 1 липня 1989 р. повернувся на посаду професора.

У 1989 р. С. Олтмен та Т. Чек отримали Нобелівську премію “за відкриття каталітичних властивостей РНК”.

10 травня – 110 років від дня народження **Богуслава Бобранського**, польського фармацевта. Народився в м. Нови-Сонч (Польща). Закінчив гімназію в Перемишлі, класичну гімназію у Львові (1922). У 1926 р. закінчив хімічний факультет Львівської політехніки. У 1925-1929 рр. – асистент, старший асистент; у 1929-1932 рр. – ад’юнкт; у 1933-1939 рр. – доцент кафедри фармацевтичної хімії Львівського університету; у 1939 р. – професор кафедри органічної хімії Львівської політехніки; у 1940-1941 та 1944-1946 рр. – завідувач кафедри загальної і фармацевтичної хімії ЛМІ; у 1942-1944 рр. – викладач Державних медико-природничих фахових курсів (Львів); водночас (1944-1946) директор державної хіміко-фармацевтичної фабрики “Laokoop” (Львів). У 1946-1950 рр. – професор фармацевтичного відділу Вроцлавського університету; у 1950-1970 рр. – завідувач кафедри фармацевтичної хімії, декан фармацевтичного факультету (1950-1957); у 1957-1962 рр. – ректор Вроцлавської медичної академії, за сумісництвом завідувач відділу синтезу ліків Інституту імунології експериментальної терапії ПАН (1955-1970), у 1970-1974 рр. – завідувач відділу фармацевтичної хімії Інституту хімічної технології ліків.

Наукові дослідження пов’язані з хімічною технологією лікарських засобів, хімією гетероциклічних сполук, будовою і дією нейро- і психотропних ліків; класичним хімічним аналізом. Автор близько 50 наукових праць. Головний редактор журналу “Wiadomosci Chemiczne” (до 1983), Голова комітету фармацевтичних наук Польщі (1970), Голова наукової ради Інституту фармакології ПАН (1960-1991), Голова (1953-1955), почесний член (від 1974) Польського хімічного товариства, почесний член Італійського товариства фармацевтичних наук (1969), член Нью-Йоркської АН (1974), член Європейського товариства фармацевтичних біохіміків; почесний доктор Академії медицини у Вроцлаві (1979). Відзначений польськими державними нагородами. Помер 28 червня 1991 р. на 88 році життя.

12 травня – 140 років від дня народження **Клеменса фон Пірке**. Народився в передмісті Відня в сім’ї члена імператорського парламенту. У 1892 р. юнак відправився в Інсбрук, де вивчав технологію, але з часом перевівся на філософський факультет та через два семестри починає вивчати психіатрію і вирішує присвятити своє життя медицині. Навчався в декількох університетах: Відні, Кенігсберзі, Граці. У 1900 р. закінчив медичний факультет Віденського університету. У 1902-1908 рр. працював асистентом в дитячій клініці Віденського університету. Після короткочасного перебування у США, де Пірке завідував кафедрою педіатрії, він повернувся в Європу і працював професором в Бреславлі (1910) і у Відні (з 1911 р.).

Світову славу Клеменсу фон Пірке принесла діагностична шкірна проба на туберкульоз. У 1907 р. вчений встановив, що при контакті туберкуліна зі шкірою з’являється реакція різного характеру. Краплю туберкуліну (вбиті туберкульозні мікробактерії) наносять на шкіру передпліччя після попереднього надрізу. Результат враховують через 2-3 доби і визначають підвищену чутливість людини до збудника туберкульозу (Пірке реакція або Пірке проба). Ця методика була продемонстрована 8 травня 1907 р. в Берлінському медичному товаристві.

Пірке розробив принцип залежності харчової потреби від всмоктувальної здатності кишківника.

Пірке був президентом Австрійського товариства охорони здоров'я, керівником низки педіатричних організацій Австрії. У 1928 р. Клеменс фон Пірке організував американські товариства допомоги. Пробував свої сили в політичній сфері, але програв президентські вибори. Авторитет Пірке був великим. Його кандидатура 5 разів висувалася на отримання Нобелівської премії.

Клеменс фон Пірке трагічно загинув 28 лютого 1929 р. на 55 році життя. Вдячні нащадки в червні 2010 р. випустили ювілейну монету в 50 євро, присвячену видатному австрійському педіатру.

14 травня – 115 років від дня народження **Шарлотти Ауербах**, англійського генетика. Походила із сім'ї німецьких вчених. Батько, Фрідріх Ауербах був хіміком, дядько – фізиком, а дід – Леопольд – анатомом. Вищу освіту отримала в Вюрцбурзькому, Фрайбурзькому та Берлінському університетах. Після закінчення навчання у 1924 р. почала працювати викладачем в школі в Гейдельбергу, потім – в школі при університеті Франкфурта. У 1928 р. поступила в аспірантуру Біологічного інституту Кайзера Вільгельма (Берлін-Далем) із фізіології розвитку до проф. О. Мангольда. Але через рік покинула аспірантуру і повернулася до викладання біології в школах Берліну. У 1933 р. після приходу до влади нацистів вона емігрувала в Шотландію. У 1935 р. отримала докторський ступінь в Інституті генетики тварин при Единбурзькому університеті. У 1947 р. стала викладачем, а в 1967 р. – професором генетики, в 1969 р. – почесним професором. Після захисту дисертації працювала асистентом директора інституту Френсіса Кру.

Герман Джофер Мьоллер, генетик і дослідник мутагенезу працював в Единбурзі у 1938-1949 рр. на запрошення Ф. Кру. Він зацікавив Шарлотту проблемою мутагенезу. У 1942 р. Ш. Ауербах разом з М. Дж. Кларком та Дж. М. Робсон встановили, що іприт та іпритоподібні сполуки здатні збільшувати частоту мутацій у дрозофіли, і що хімічні сполуки викликають появу повних та мозаїчних мутантів через ряд поколінь. У 1946 р. одночасно з І.А. Рапопортом встановила мутагенний вплив багатьох хімічних речовин. Від 1947 р. по 1984 р. Шарлотта Ауербах отримала визнання багатьох наукових товариств, отримала премію Кейса Королівського товариства в Единбурзі (1947), медаль Дарвіна Королівського товариства (1977), Премію Інституту життя (Франція, 1982), Премію Грегора Менделя Німецького Генетичного товариства (1984). Померла 17 березня 1994 р. на 95 році життя.

17 травня – 265 років від дня народження **Едварда Дженнера**, видатного англійського лікаря. У віці 12 років батьки віддали його вчитися на хірурга. Вивчав медицину під керівництвом Джона Гунтера. Працював у лікарні. Займався практичною лікарською діяльністю від 1772 р. Вивчав упродовж багатьох років відомі в народній медицині попереджувальні властивості коров'ячої віспи. Від 1777 р. почав працювати сільським лікарем у Глостерширі. Його увагу привернула популярна серед населення думка про те, що люди, які перехворіли віспою корів не хворіють натуральною віспою. Співставляючи відому інформацію, спостерігаючи за випадками захворювань віспою людей та тварин, Е. Дженнер прийшов до висновку, що зараження людини коров'ячою віспою попереджує людину від натуральної віспи. У 1792 р. в університеті святого Ендрю він отримав медичний ступінь.

14 травня 1796 р. Е. Дженнер вирішив зробити експеримент і прищепив 8-річному Джеймсу Фіпсу коров'ячу віспу з пустуи на руці доярки, що хворіла коров'ячою віспою. Через 6 тижнів дитина була інфікована гноем з пустули хворого натуральною віспою. Через

декілька місяців було зроблено друге щеплення натуральної віспи. Хлопчик не заразився натуральною віспою.

Методика Е. Дженнера не була схвально зустрінута вченими. Свої спостереження (23 випадки успішного віспощення) вчений виклав у статті “Дослідження причин і дій коров’ячої віспи” (1797). Йому прийшлося надрукувати свою роботу за власні гроші. З часом відношення загалом до відкриття Дженнера змінилося. Герцог Йоркський оголосив віспощення за методом Дженнера обов’язковим для армії, а герцог Кларенс (майбутній король Вільгельм IV) – обов’язковим для флоту.

У 1802 р. Британський парламент за видатні заслуги Е. Дженнера нагородив його премією в 10000 фунтів стерлінгів, а через декілька років – 20000 фунтів. У 1802 р. в Лондоні був заснований віспощений інститут “Royal Jennerian Society” і Е. Дженнер став його першим пожиттєвим головою. Через деякий час вчені товариства Європи обрали Дженнера своїм почесним членом. Лондон обрав Дженнера своїм почесним громадянином і вручив йому диплом, оздоблений діамантами. Дженнеру був встановлений пам’ятник у Кенсингтонському сквері. Помер 26 січня 1823 р. на 74 році життя.

19 травня – 125 років від дня народження **Стефана Блаховського**, польського психолога, педагога. Закінчив V гімназію у Львові (1907), вступив до Львівського університету; вивчав психологію, фізику та біологію у Відні (1909), Геттінгені (1906-1913). У 1914 -1917 рр. – старший асистент, у 1917-1919 рр. – доцент кафедри психології і філософії; у 1918-1919 рр. – бібліотекар Львівського університету; у 1918-1919 рр. – учасник польсько-української війни; у 1919-1921 рр. – звичайний професор, з 1921 р. – надзвичайний професор Познанського університету; у 1934-1937 рр. – декан гуманітарного факультету; у 1938-1939 та 1945-1946 рр. – ректор, професор, у 1947-1950 рр. – завідувач кафедри педагогіки; у 1956-1959 рр. – завідувач кафедри етнографії Познанського університету. Наукові інтереси пов’язані з дослідженням в галузі загальної психології, психології пам’яті, математичних здібностей, психології релігії. Був автором близько 100 праць. Один із засновників Польського антропологічного товариства (1925), Познанського психологічного товариства (1930), член-кореспондент ПАН (1946), дійсний член ПАН (1948). Віце-президент Польського психологічного товариства (1959-1961). Нагороджений орденами Польщі. Помер 31 січня 1962 р. на 73 році життя.

19 травня – 100 років від дня народження **Макса Фердинанда Перуца**, австрійського вченого. Народився у Відні в сім’ї текстильних фабрикантів. У 1932 р. вступив у Віденський університет на відділення неорганічної хімії, але з часом перейшов на відділення органічної хімії. Перуц був ознайомлений з дослідженнями в галузі рентгенівської кристалографії і після закінчення університетського курсу в 1936 р. переїхав в Кембридж, щоби працювати у знаменитого фізика Джона Десмонда Бернала (1901-1971) в знаменитій Кавендиській лабораторії. У 1937 р. вивчав метод дифракції рентгенівських променів у Кембриджі і почав досліджувати гемоглобін. Через анексію Австрії нацистами Перуц втратив фінансову підтримку батьків, але Уільям Лоренс Брег (Нобелівський лауреат з фізики 1915) допоміг йому отримати субсидію Фонду Рокфеллера. Працював асистентом у Брега і в 1940 р. отримав докторський ступінь. У 1941 р. був інтернований в Канаду як громадянин анексованої Австрії. У 1943 р. почав працювати під керівництвом лорда Л.Маунтбеттена у військовому проекті (використання льодових полів в якості аеродромів). Після закінчення Другої світової війни продовжив дослідження гемоглобіну. Був призначений керівником групи молекулярної біології в Кембриджському університеті (1947). Група вивчала впорядкованість структури білкових молекул. Застосувавши метод

ізоморфного заміщення, у 1953 р. М.Ф. Перуц вирішив цю проблему. До 1956 р. Перуц отримав перший варіант картинок для молекул гемоглобіну. До 1957 р. він міг розрізняти об'єкти, що розташовані один від одного на відстані 6Å ($6 \cdot 10^{-8}$ см). До 1960 р. він зібрав тисячі фотографічних пластин із допомогою комп'ютерної програми запропонував трьохвимірну модель гемоглобіну.

У 1962 р. М.Ф. Перуц і Д. Кендрю отримали Нобелівську премію з хімії “за дослідження структури глобулярних протеїнів”.

У 1963-1969 рр. М.Ф. Перуц був головою Європейської організації молекулярної біології, а в 1974-1979 рр. – професором фізіології Королівського інституту в Лондоні. Пішов у відставку в 1979 р. Помер 6 лютого 2002 р. в Кембриджі на 88 році життя.

20 травня – 110 років від дня народження **Андрія Володимировича Гуляєва**, російського хірурга. До 1917 р. навчався в Смоленській гімназії, від 1918 р. – упродовж 1,5 року на робітничих курсах. У 1920 р. вступив на медичний факультет Смоленського університету, а в 1922 р. перевівся на медичний факультет 2-го Московського університету. Від 1925 р. навчався в клінічній ординатурі 2-го Московського університету. Поступив в аспірантуру на кафедру факультетської хірургії, якою керував Сергій Іванович Спасокукоцький. Після закінчення аспірантури упродовж 2 років працював в Магнітогорську, де одночасно був завідувачем хірургічного відділення Центральної магнітогорської лікарні, завідувачем поліклініки, завідувачем травматологічним сектором Інституту соціальної охорони здоров'я. У 1933 р. повернувся в Москву, де до 1941 р. працював в клініці С.І. Спасокукоцького. У 1935 р. йому за сукупністю наукових праць присуджений вчений ступінь кандидата медичних наук, в 1937 р. – звання приват-доцента. У 1941-1945 рр. він був начальником хірургічного відділення евакогоспітально, а потім – Центрального клінічного санаторію збройних сил СРСР. В листопаді 1945 р. повернувся в клініку факультетської хірургії 2-го Московського медичного інституту. У 1947 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Острая кровопотеря”. В цьому ж році затверджений у званні професора. В 1947-1950 рр. працював заступником директора з наукової частини Центрального інституту гематології та переливання крові. У 1950 р. повернувся в клініку факультетської хірургії. В 1952-1976 рр. працював завідувачем кафедри госпітальної хірургії педіатричного факультету 2-го Московського медичного інституту. Наукові дослідження кафедри в 1952-1963 рр. пов'язані з хірургічним лікуванням хвороб серця та легень. В клініці було проведено 300 операцій на серці та понад 100 операцій на легенях. Одночасно клініка займалася хірургією печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози. У 1976 р. А.В. Гуляєв став професором-консультантом.

А.В. Гуляєв був активним громадським діячем, членом правління Всесоюзного та Всеросійського товариства хірургів, головою хірургічного товариства Москви та Московської області, членом редколегії журналу “Грудная хирургия”. Нагороджений орденами та медалями СРСР. Помер 19 квітня 1984 р. проживши майже 80 років.

21 травня – 80 років від дня народження **Бенгта Самуельсона**, шведського біохіміка. Він народився в Хальмстаді. Вступив до медичного коледжу Лундського університету, де працював у дослідницькій лабораторії Суне Бергстрьома, професора фізіологічної хімії. У 1958 р. Самуельсон перейшов у Каролінський інститут у Стокгольмі, вивчав медицину і біохімію. У 1960 р. захистив дисертацію і одержав ступінь доктора медицини. В 1961-1962 рр. працював науковим співробітником на кафедрі хімії Гарвардського університету в лабораторії Д.Корі, вивчаючи теоретичну хімію та синтез органічних сполук. У 1962 р. повернувся в Каролінський інститут і знову працював із С. Бергстрьомом над проблемою

простагландинів. Виявилося, що простагландини групи Е викликають зниження тонусу стінок кровоносних судин та знижують АТ, оберігають слизову оболонку шлунка від утворення виразок. У 1967-1972 рр. Б. Самуельсон працював професором медичної хімії в Стокгольмському ветеринарному коледжі, потім 10 років був професором хімії та завідувачем кафедри Каролінського інституту.

У 1982 р. Самуельсон разом з Бергстрьомом та Вейном одержали Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття, що стосувалися простагландинів та пов’язаних з ними біологічно активних речовин”.

Б. Самуельсон був удостоєний багатьох нагород та премій деяких наукових інституцій різних країн.

24 травня – 110 років від дня народження **Глеба Михайловича Франка**. Народився в Нижньому Новгороді. Закінчив у 1925 р. Симферопольський університет. Працював у Московському університеті. У 1929-1933 рр. – завідувач лабораторії фотобіології Ленінградського фізико-технічного інституту. У 1933-1946 рр. – завідувач біофізичним відділом Всесоюзного інституту експериментальної медицини. У 1946-1948 рр. очолював Радіаційну лабораторію, на базі якої в 1948 р. був організований Інститут біофізики АМН СРСР (в 1948-1951 рр. був директором інституту). В 1943-1952 рр. – завідувач Лабораторії біофізики ізотопів та випромінювання АН СРСР, на базі якої в 1952 р. в Москві був створений Інститут біологічної фізики АН СРСР (з 1957 р. – директор та завідувач відділом біофізики клітини Інституту біофізики АН СРСР).

Наукові дослідження відносяться до радіаційної біофізики. Вивчав фізико-хімічну та структурну основу біологічних явищ. Досліджував молекулярну організацію живої клітини та молекулярні процеси, що знаходяться в основі життєдіяльності. Очолював роботи по використанню рентгенівських променів з метою вивчення будови клітин і субклітинних структур. Брав участь у створенні першого радянського електронного мікроскопа. З 1966 р. – академік АН СРСР, віце-президент Міжнародної організації по вивченню живої клітини при ЮНЕСКО, почесний член низки АН зарубіжних країн. Нагороджений Сталінськими преміями (1949, 1951), Державною премією СРСР (1978, посмертно), орденами та медалями СРСР. Помер 10 жовтня 1976 р. на 73 році життя.

25 травня – 170 років від дня народження **Фрідріха Тренделенбурга**, видатного німецького хірурга. Народився в Берліні в сім’ї професора філософії. Навчався в сім’ї, а потім в Шотландії, куди тимчасово переїхала сім’я. Від 1863 р. почав вчитися в університеті Глазго. Медичну освіту закінчив у Берліні, де в 1866 р. отримав звання лікаря. Після військової служби в Киле та Потсдамі 1 квітня 1868 р. поступив в ординатуру університетської клініки Бернгарда Лангенбека. В цій клініці пропрацював 6 років, опісля перейшов в іншу клініку Берліна, а потім переїхав в Ростов, де займався проблемою антисептичного лікування ран. У 1882 р. Тренделенбург був запрошений в Бонн, де пропрацював 13 років. В 1895-1911 рр. працював у Лейпцігу в якості ординарного професора клініки Тирша. У 1911 р. за станом здоров’я вийшов на пенсію, але продовжував займатися громадською діяльністю.

Майже всі свої праці Ф. Тренделенбург присвятив питанням хірургічної діагностики та техніки. Багато запропонованих вченим методів, симптомів, ознак міцно ввійшли в арсенал хірургії (симптом Тренделенбурга при варикозному розширенні вен; при вроджених вивихах кульшового суглобу; операція перев’язки V. Saphena magna при сентикопіємічних процесах; положення хворого, коли таз розташований вище голови, при

нахилі стола на 15-30⁰). Ф. Тренделенбург запропонував операцію при емболії a.pulmonalis, яку з успіхом здійснив у 1924 р. М. Киршнер.

Ф. Тренделенбург був одним із засновників Товариства Німецьких хірургів. Помер 15 грудня 1924 р. на 81 році життя від раку нижньої щелепи.

26 травня – 155 років від дня народження **Адама Яна Соловія**, лікаря, акушера-гінеколога. Народився в с. Поториці (Львівська обл.) у 1884 р. закінчив медичний факультет Краківського університету. У 1884-18887 рр. пройшов спеціалізацію з акушерства та гінекології у Відні. У 1887-1897 рр. займався приватною практикою з акушерства та гінекології в Братиславі. У 1897-1901 рр. – асистент Львівської акушерської школи, у 1901-1908 рр. – доцент кафедри акушерства та гінекології Львівського університету, у 1908-1930 рр. – професор, від 1920 р. – завідувач кафедри акушерства та гінекології Львівського університету, за сумісництвом – директор Львівської акушерської школи, завідувач відділення акушерства та гінекології Львівського загального шпиталю (1910-1930).

Автор близько 50 наукових праць, в т.ч. 2 монографій, підручника з акушерства. Наукові дослідження присвячені клініці та лікуванню хронічних запальних процесів, фіброміом та раку матки, дослідженню патологічної анатомії плаценти, розширенню показів до операції Кесаревого розтину.

4 липня 1941 р. загинув трагічно: розстріляний німецькими окупантами на 83 році життя.

27 травня – 140 років від дня народження **Костянтина Петровича Сапожкова**, російського хірурга. Народився в Сестрорецьку. У 1898 р. закінчив медичний факультет Варшавського університету. Працював прозектором кафедри описової анатомії Варшавського університету. Від 1909 р. завідував хірургічним відділом лікарні в Гомелі. Від 1914 р. – старший ординатор Ковенського військового госпіталю. Від 1915 р. працював у нейрохірургічному госпіталі в Петрограді. У 1919 р. – асистент хірургічної клініки Петроградського інституту удосконалення лікарів. У 1922 р. – прозектор і доцент кафедри оперативної хірургії Петроградського інституту медичних знань. У 1927 р. обраний на посаду професора і завідувача кафедри факультетської хірургії Іркутського університету. Після створення Іркутського медичного інституту працював там до кінця життя. У 1936 р. йому присвоєно вчений ступінь доктора медичних наук без захисту дисертації. Під час Великої Вітчизняної війни працював у евакогоспіталях Іркутської області. Наукові дослідження присвячені лікуванню нориць, ракової хвороби шлунка та стравоходу, виразкової хвороби, травмам військового часу. Працював головним онкологом Іркутської області. Брав участь у створенні Інституту травматології і ортопедії Іркутська. Був організатором і головою Іркутського наукового товариства хірургів. Автор понад 70 наукових праць. У 1946 р. йому присвоєно почесне звання “Заслужений діяч науки РРФСР”. Нагороджений орденом Трудового Червоного Прапора та медалями. Помер 3 листопада 1952 р. на 79 році життя.

30 травня – 155 років від дня народження **П'єра Жане**, французького психолога, психотерапевта. Народився в Парижі і інтелігентній сім'ї. Навчався з знаменитій Еколь Нормаль. У 1882 р. отримав вчений ступінь магістра філософії. У 1889 р. йому присуджено докторський ступінь з літератури, а в 1893 р. – з медицини. У 1889 р. Жане повернувся в Париж і захистив дисертацію на тему: “Психічний автоматизм”. В цьому ж році закінчив медичний факультет. У 1902 р. став завідувачем кафедри психології в Коллеж де Франс. У 1904 р. Жане заснував разом з Ж. Дюма “Журнал нормальної та патологічної психології” і

залишався його головним редактором понад 30 років. У 1936 р. вийшов у відставку, але продовжує приватну практику та наукові дослідження. П. Жане залишив велику наукову спадщину: окрім багатьох статей він написав біля 30 монографій із різних питань загальної та медичної патології, психопатології та психотерапії. Будучи філософом, психологом, психопатологом та психотерапевтом, Жане вивчав психологічні проблеми, базуючись на психопатологічному матеріалі. Його праці мали велике значення в розвитку сучасного вчення про неврози, психотерапію. Помер 24 лютого 1947 р. в Парижі на 88 році життя.

31 травня – 195 років від дня народження **Уільяма Уарелла Мейо**, американського хірурга. Народився в Англії. Вивчав фізику та хімію у Дж. Дальтона. У 1845 р. переїхав в Америку. Працював хіміком в Нью-Йорку. У 1847 р. почав вивчати медицину в Лафайєті (шт. Індіана). У 1854 р. отримав лікарський диплом. Брав участь в громадянській війні. У 1863 р. оселився в Рочестері. У 1871 р. Мейо зробив першу в США операцію оваріотомії. Одним з перших застосував мікроскоп для медичних досліджень. В 1961 р. заснував медичне товариство Мінесоти і 50 років був членом Американського медичного товариства. Заснував лікарню Св. Марії (1883). Відомий своїми працями в галузі хірургії черевної порожнини. Помер 6 березня 1911 р. проживши майже 92 роки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мельник М. Герціг (Герціг-Вайгль) Анна Станіслава / М. Мельник // Encyclopaedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т. I: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 345.
2. Нобелевская премия. Лауреаты. Иллюстрирована энциклопедия / пер. с англ. Л. Гуськовой. – М.: ЭКСМО, 2009. – 296 с. – Из содерж.: [Пол С. Лотербург]. – С. 288.
3. Нобелевская премия. Лауреаты. Иллюстрирована энциклопедия / пер. с англ. Л. Гуськовой. – М.: ЭКСМО, 2009. – 296 с. – Из содерж.: [Сидни Альтман]. – С. 240.
4. Лесик Р. Бобранський Богуслав / Р. Лесик, І. Білінська, Н. Загайко // Encyclopaedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т. I: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 218-219.
5. Миленушкин Ю. Пирке Клеменс / Ю. Миленушкин // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. Т.24: Персульфаты-Плоскостопие. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1962. – С. 412.
6. Імена в медицині у відгоміні часу. 2014 р.: календар знаменних та пам'ятних дат. – Ч. 1 / Укл.: С.М. Булах, Л.Є. Корнілова, М.С. Слободенюк. – Київ, 2014. – 116 с. – Зі змісту: [Шарлотта Ауербах]. – С. 79.
7. Кашанова Н. Дженнер Едуард / Н. Кашанова // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. Т.9: Десна-Желток. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1959. – С. 107-108.
8. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Дженнер Едвард]. – С. 209-210.
9. Ревера Ю. Блаховський Стефан / Ю. Ревера // Encyclopaedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т. I: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 216.
10. Нобелевская премия. Лауреаты. Иллюстрирована энциклопедия / пер. с англ. Л. Гуськовой. – М.: ЭКСМО, 2009. – 296 с. – Из содерж.: [Макс Перуц]. – С. 181.
11. Журавлєва Т.В. Андрей Владимирович Гуляев (1904-1984) / Т.В. Журавлєва, М.П. Кузыбаева // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2006. – Т.165. – №1. – С. 13-14.

12. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: Біогр. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куц. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Самуельсон Бенгт]. – С. 290-292.
13. Биологи: биогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук, думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Франк Глеб Михайлович]. – С. 661-662.
14. БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. Т.32: Тениидозы-Туляремия. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1963. – 1256 с. – Из содерж.: [Тренделенбург Фридрих]. – С. 626-627.
15. Пирогова В. Соловій Адам Ян / В. Пирогова // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наугілус, 2009. – С. 309-310.
16. Сенчкало-Явербаум З. Сапожников Константин Петрович / З. Сенчкало-Явербаум // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. Т. 29: Руния-Серотерапия. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1963. – С. 308-381.
17. Штернберг Э. Жане Пьер / Э. Штернберг // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. Т.9: Десна-Желток. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1959. – С. 1060.
18. БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. Т.17: Медиаторы-Мерпанит. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1960. – 1184 с. – Из содерж.: [Мейо Уильям Уаррел]. – С. 918.

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 27 (93)

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

С.Д. Бабляка – кардіолога ЛОКЛ

А.Л. Васильчука – канд. пед. н., доцента, народного цілителя України

В.І. Гельнер – приватного підприємця

В.А. Токового – приватного підприємця

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

Підписано до друку 2.06.2014
Формат 60*84/8. Папір офсетний
Гарнітура Times New Roman
Друк цифровий.
Ум. друк. арк. 7,9. Фіз. друк. арк. 8.5.
Наклад 90 прим..