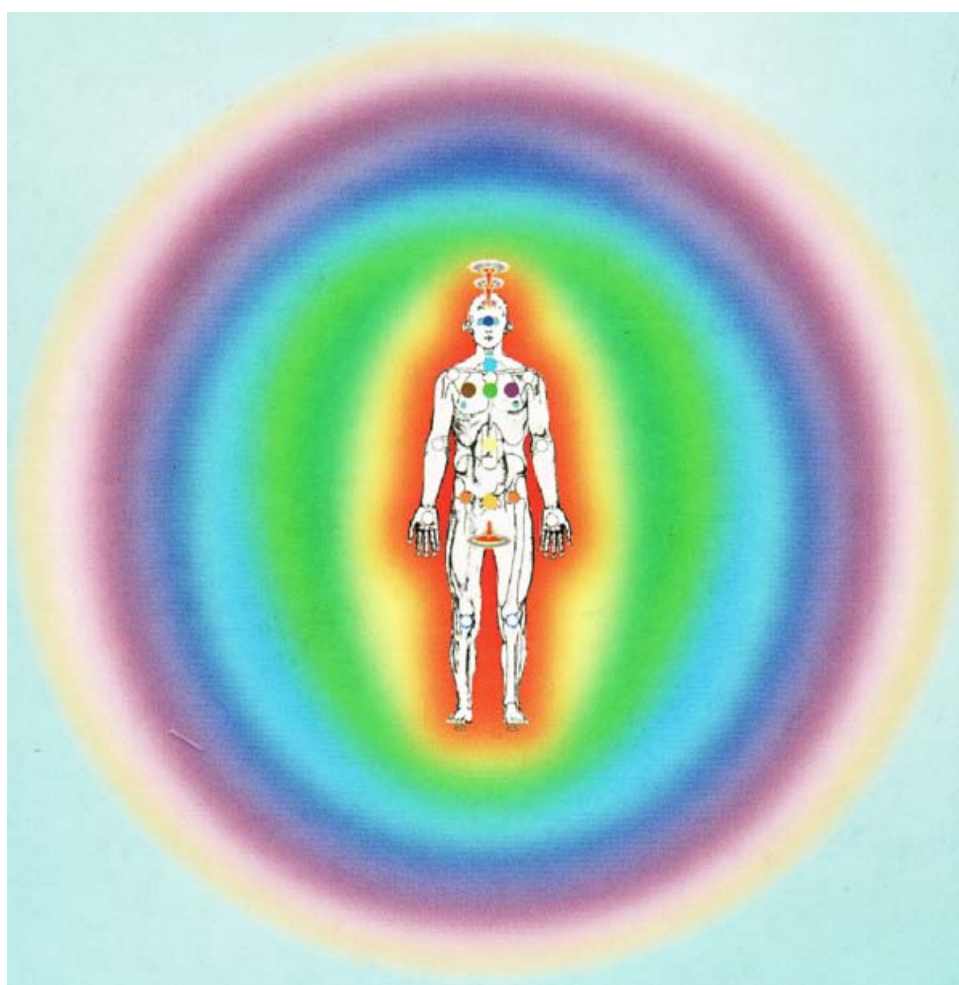


**Західний центр енергоінформаційних наук  
Українська Міжнародна академія  
профілактичної медицини НТШ**

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ  
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ**



**Збірник наукових праць  
Випуск 28 (94)**

**Львів 2014**

**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. 28. – 70 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

## ЗМІСТ

Відомості про авторів .....		4
Боженко Н.Л., Малярська Н.В., Боженко М.І., Боженко І.М.	Головний біль в загально-лікарській практиці .....	5
Васильчук А.Л.	Особливості червоного тонкоматеріального тіла людини .....	10
Кордис М.С., Гриник Б.С., Кордис О.Б.	Використання vector-системи для професійної гігієни в пародонтології .....	19
Томашевський Я.І., Томашевська Н.Я., Дзись І.Є.	Рання діагностика цукрового діабету .....	21
<b>ХРОНІКА</b>	Поздоровлення ювілярів .....	26
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Метельська Л.С., Семак Г.В.	Хроніка червня. Ювілейні дати вітчизняних лікарів та вчених .....	27
Панишко Ю.М., Малярська Н.В., Васильчук А.Л.	Євгенія Леонідівна Мачерет. До 85-річчя від дня народження .....	32
Горицький В.М., Панишко Ю.М., Тарасов В.В.	Владислав Олександрович Маланчук. До 65-річчя від дня народження .....	35
Федоренко В.І., Панишко Ю.М.	Борис Мойсейович Штабський. До 85-річчя від дня народження .....	37
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Метельська Л.С., Семак Г.В.	Хроніка червня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених .....	39
Панишко Ю.М., Бабляк С.Д.	Євген Іванович Чазов. До 85-річчя від дня народження .....	47
Матвієнко Ю.О.	Алоїз Альцгеймер. До 150-річчя від дня народження .....	50
Васильчук А.Л.	Презентація нової монографії “The enioanatomy of Channels of subtle bodies” .....	56
Редколегія	Інформаційний матеріал .....	69

## Відомості про авторів

**Бабляк Сергій Дмитрович** – лікар-кардіолог Львівської обласної клінічної лікарні.

**Боженко Ігор Миронович** – лікар-невролог вищої кваліфікаційної категорії поліклініки №1.

**Боженко Мирослав Ігорович** – студент Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**Боженко Наталія Леонідівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри неврології 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.

**Горицький Віктор Матвійович** – доктор медичних наук, в.о. професора кафедри хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології Ужгородського національного університету.

**Гриник Богдана Степанівна** – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри стоматології Львівського медичного інституту.

**Дзись Іван Євгенович** – науковий співробітник Інституту патології та трансфузійної медицини АМН України.

**Кордис Олександр Богданович** – головний спеціаліст міськрайонного управління Держсанепідемслужби Івано-Франківської області.

**Малярська Наталія Василівна** - кандидат медичних наук, доцент кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**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.

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

**Тарасов Віктор Вікторович** – лікар стоматолог-ортопед вищої кваліфікаційної категорії, полковник медичної служби у відставці, начальник зубопротезної лабораторії клініки щелепно-лицевої хірургії та стоматології Військово-медичного центру Західного регіону.

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

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

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

## ГОЛОВНИЙ БІЛЬ В ЗАГАЛЬНО-ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

*В статті подано основні сучасні аспекти діагностики і лікування болю голови (БГ), який є важливою як загально-медичною так і соціально-економічною проблемою, що вимагає ґрунтовного комплексного підходу з врахуванням не лише медичних аспектів, але й способу життя і праці хворого та соціальних факторів.*

*Ключові слова: біль голови, діагностика і лікування БГ, первинний та вторинний БГ, мігрень, ГБН.*

*В статье представлены основные современные аспекты диагностики и лечения головной боли(ГБ), которые являются важной общемедицинской, социально-экономической проблемой, требующей основательного комплексного подхода с учетом не только медицинских аспектов, но и образа жизни, труда больного и социальных факторов.*

*Ключевые слова: головная боль, диагностика и лечение ГБ, первичная и вторичная ГБ, мигрень, ГБН.*

*The article presents the basic modern aspects of diagnosis and treatment of HA, which are an important medical, social and economic problem that requires a thorough comprehensive approach taking into account not only the medical aspects, but also lifestyle and patient labor, social factors.*

*Key words: headache, diagnosis and treatment of landfill gas, primary and secondary BG, migraine, tension-type headache.*

“Хто розуміє що таке біль, той знає медицину”

Вільям Ослер

Біль голови, хоча б один раз у житті, відчуває кожна людина. Він знайомий переважній більшості людей, і близько 15% з них дізналися про нього ще в дитинстві. Серед ста чоловік, тільки п'ять можуть відчувати біль через серйозне захворювання. В інших випадках від болю цілком можна позбутися, або, принаймні, звести неприємні відчуття до мінімуму. Що ж є причиною болю голови? Адже не може голова боліти просто так?

Біль голови – найчастіша скарга хворих в загально-лікарській практиці. Це одна з найактуальніших та найважчих проблем медицини. Особливо важливо це для сімейного лікаря, який стоїть в авангарді. Згідно визначення Міжнародної асоціації з дослідження болю(IASP-Internacional Association for the Study of Pain) біль – це неприємне відчуття і емоційне переживання, пов'язане з потенційним тканинним ушкодженням або описується в термінах такого пошкодження. За даними IASP(2005), більше 20% дорослого населення Європи відчувають хронічний головний біль. При цьому 19% пацієнтів вказують на те, що больовий синдром суттєво порушує їх звичне життя, приводить до зниження та втрати працездатності. Близько 35% пацієнтів відчувають біль щоденно, а у 16% - він настільки сильний, що викликає появу суїцидальних думок. Рівень якості життя у пацієнтів з хронічним болем порівнюють з рівнем життя у пацієнтів з цукровим діабетом, хронічною серцевою недостатністю чи перенесеним інфарктом міокарду. Розрізняють більше 160 видів цефалгій.

За результатами епідеміологічних досліджень на біль голови страждають більш 70% населення світу. Біль голови може бути основною, а іноді єдиною скаргою більше 45 різних захворювань. Болем голови вважаються будь-який біль або відчуття дискомфорту, локалізоване в ділянці голови. (Харріссон Д., 1993).

Згідно класифікації БГ (Міжнародна асоціація болу голови, 1988р.) виділяють самостійні патологічні форми БГ (мігрень, кластерна БГ, БГ м'язового напруження, хронічна пароксизмальна гемікранія) та симптоматичний БГ.

Первинний БГ - це самостійні нозологічні форми, до котрих відносять мігрень, пучковий або кластерний біль голови, хронічний щоденний біль голови і біль голови м'язового напруження.

Вторинний біль голови характеризується наявністю тісного часового зв'язку між початком цефалгії і дебютом захворювання, посиленням клінічних проявів болу при загостренні хвороби і зменшенням його симптомів при одужанні.

Діагностика первинного та вторинного БГ має принципове значення для тактики лікування, попередження больового пароксизму та зменшення його інтенсивності. Діагностика первинного та вторинного болу голови має принципове значення для вибору терапії.

При первинному болу голови терапія направлена на:

- попередження нападів болу;
- зменшення його інтенсивності, частоти виникнення.

При вторинному - необхідне лікування основного захворювання, що є причиною БГ.

Для діагностики БГ, його характеру, окрім загального соматичного та неврологічного обстеження слід широко застосовувати додаткові методи обстеження (КТ, МРТ, обстеження очного дна, УЗДГ, ЕЕГ).

Лікування БГ направлено на досягнення таких основних завдань:

- зменшення симптомів захворювання, тобто інтенсивності БГ;
- зниження ступеню втрати фізичної та розумової працездатності;
- покращення якості життя пацієнта.

Необхідно уникати стандартних підходів до лікування, прагнути до індивідуалізації лікування, враховуючи психологічні особливості пацієнта та його відношення до хвороби. Необхідними умовами ефективності лікування є постійне спостереження, індивідуальний підхід, оцінка результатів лікування з необхідною терапевтичною корекцією.

Найбільш поширений вид болу голови - **біль м'язового напруження**, і його відчувають близько половини населення планети. Біль м'язового напруження носить тупий, постійний характер і переважно локалізується у скроневих ділянках. Деякі пацієнти прирівнюють біль з відчуттям болючого стискання голови обручем.

Причини болу голови м'язового напруження:

- не можна пов'язувати з будь-яким певним психологічним профілем;
- може виникати в результаті напруження перикраніальних м'язів;
- тип болу голови є різновидом мігрені.

Типи болу голови м'язового напруження:

1. Епізодичний:

- було не менше 10 епізодів болу голови
- тривалість епізоду від 30 хвилин до 7 днів
- тиснучий чи здавлюючий характер болу
- легка чи помірна інтенсивність болу
- двобічна локалізація
- відсутність покращення стану при фізичному навантаженні.

2. Хронічний:

- спостерігається 15 і більше днів протягом 1 місяця
- тривалість болю 180 днів у році
- часто обумовлений надлишковим прийомом анальгетиків
- може «нашаруватися» мігренозна характеристика болю.

Лікування болю голови м'язового напруження:

1. При гострому розвитку болю голови виключити вторинну причину.
2. У пацієнтів старшого віку шукати іншу причину при появі або зміні характеру болю голови.
3. **Лікування болю:** знеболюючі препарати, серед них – нестероїдні протизапальні середники (досить хорошою є комбінація амітриптіліну 1-3таб./доба з нестероїдним протизапальним препаратом ібупрофеном(зотек 400 мг)/ доба.
4. тривала профілактична терапія (трициклічні антидепресанти – амітриптілін, венлафаксин). Фітотерапія для профілактики, а також при прогресуванні хвороби. Призначення препаратів з адаптогенною та вегетативностабілізуючою дією( неотенз по 2 кр. 2 рази в день до їди.
5. Рикошетний біль голови (варіант хронічного щоденного болю голови, пов'язаний з надлишковим прийомом анальгетиків), слід призначити антидепресанти, повністю відмінити анальгетики.
6. немедикаментозні методи лікування (фізіотерапія), хоча б для короткочасного впливу на біль.

**Кластерний біль голови.** Середній вік початку такого виду болю голови припадає на 25-45 років. Назва такого болю обумовлена появою нападів болю голови протягом коротких періодів часу(кластерів). Типовий кластерний період триває 4-8 тижнів. Під час такого періоду напади можуть виникати щоденно, з періодичністю 1-2 рази в день. Інтервали між кластерними періодами можуть становити від 6 місяців до 1 року. Особливістю кластерного болю голови є те, що він виникає тільки у 67%, а у 33% пацієнтів періоди ремісії відсутні, а напади болю повторюються від 1 до 4 разів на місяць.

Клінічні прояви кластерного болю голови:

- раптовий початок без аури
- біль інтенсивний і локалізований навколо ока, або за ним, строго з одного боку
- тривалість нападу – 20-60 хвилин
- під час нападу на стороні болю є відчуття закладеності носа, ринорея(виділення з носа), почервоніння ока
- на стороні болю може виникати синдром Горнера(птоз, міоз).

**Обов'язково** проводити диференціальний діагноз з невралгією трійчастого нерва, менструальною мігренню, запаленням пазух носа, невралгією Редера.

**Лікування кластерного болю голови:** для припинення болю голови рекомендовано місцеві анестетики; ерготамін, суматриптан, інгаляції кисню.

Профілактичні середники під час кластерного періоду( блокатори кальцієвих каналів, кортикостероїди, препарати літію, топірамат). Приклад використання кортикостероїдів: преднізолон протягом 3 днів( доза препарату – 60 -40 -20 мг) – на початку кластерного періоду; під час нападів (преднізолон 60мг/доба, згодом знижують дозу до повної відміни протягом 3 тижнів). Антигістамінні середники (ципрогептадин) по 2-3 мг 3 рази в день. Карбонат літію 600-900мг/доба.

Мігрень — це захворювання, зумовлене спадково детермінованою дисфункцією вазомоторної регуляції, що виявляється переважно у вигляді нападів БГ, зазвичай одностороннього (Карлов П., 1996). Подібне, але дещо об'ємніше визначення мігрени дав А.М.Вейн (1996) – пароксизмальний стан, що проявляється нападами інтенсивного БГ

пульсуючого характеру, що періодично повторюється, локалізується лише в одній половині голови, переважно в очноямково-лобово-скроневій ділянці, супроводжується в більшості випадків нудотою, іноді блюванням, непереносимістю яскравого світла, гучних звуків, сонливістю і млявістю після нападу. Саме це і є клінічними особливостями первинного болю голови –мігрені.

Найчастіше мігрень виникає у осіб молодого віку. Близько 75% хворих відмічають початок захворювання у віці 10–25 років. Максимальна кількість випадків, що проявилися клінічно, припадає на період 25–35 років. Надзвичайною рідкістю є поява мігрені після 50 років. Хоча б один раз у житті напад мігрені зустрічався у 25% жінок і 8% чоловіків. Найбільших страждань спричиняє мігрень у віці 35–45 років, надалі кількість та інтенсивність нападів, як правило, зменшуються, і після 50–55 років мігрень у багатьох хворих взагалі зникає.

#### **У типовій клінічній картині мігрені можна виділити чотири фази.**

1. Продромальний період. Триває зазвичай від кількох годин до 1–2 днів і характеризується зниженням настрою або ейфорією, психоемоційною лабільністю, розладами сну (сонливість або безсоння).

2. Аура. Безпосередньо перед нападом розвиваються швидкоминучі неврологічні симптоми, з'являються миготливі скотоми, зорові розлади у вигляді виблискуючих зигзагів, крапок, куль, блискавкоподібних спалахів, виникає геміанопсія. Також можлива поява парестезій, нудоти, шуму у вухах, слухових галюцинацій, розладів мови. Усі симптоми аури повністю зворотні, жоден із них не триває більше однієї години, тривалість світлого проміжку між аурою і болем зазвичай менше години.

3. Фаза БГ. Основними симптомами в цей період є БГ і блювання. Біль, зазвичай пульсуючий або постійний, поступово посилюється, але іноді вже спочатку буває досить інтенсивним. Характерна одnobічна його локалізація болю, переважно у ділянках скроні, ока і лоба. Біль посилюється від яскравого світла, гучних звуків, різких запахів. Характерними симптомами для цього періоду є нудота і блювання, які в основному виникають до кінця нападу болю. Хворі прагнуть усамітнитися, лягти в ліжко, накрити голову подушкою чи ковдрою, закрити вуха, здавити або туго перев'язати голову. Тривалість цієї фази — від декількох годин до 1–2 діб.

4. Постдромальний період. Після закінчення нападу у хворих виникає стан стомленості, біль у м'язах. У багатьох хворих з'являється поліурія, деякі пацієнти впадають у стан ейфорії, інші — глибокого сну.

Метою профілактичного лікування є зниження частоти, тяжкості і тривалості нападів, покращення відповіді на терапію гострих приступів, а також зменшення днів непрацездатності. Деякі експерти рекомендують продовжувати профілактичну терапію мігрені мінімум 6-12 місяців, перш ніж зробити перерву в лікуванні, хоча воно може тривати у безперервному режимі й більше 1 року.

Препаратами першої лінії визначені b-блокатори, антидепресанти, триптани: серед бета-блокаторів рекомендують: атенолол 25-100мг/доба, пропранолол 80-160 мг, часто використовують двічі на добу, метопролол 50-100 мг/доба протягом місяця, бісопролол 5-10 мг, спостерігаючи за пацієнтом. Амітриптилін(трициклічний антидепресант), доза 10-150 мг за 1-2 годин перед сном, аспірин(доза не встановлено), суматриптан 100 мг/доба. За останніми рекомендаціями Американської академії неврології з профілактики епізодичної мігрені (AAN, 2012), рівень доказовості А був наданий двом протіепілептичним препаратам – топірамату і вальпроату натрію. Дозування топірамату для профілактики нападів мігрені коливається від 25 до 50 мг/добу, вальпроат натрію 300-1000 мг( побічні впливи – збільшення ваги і сонливість),

Якщо ви схильні до нападів мігрені, виключіть зі свого раціону алкоголь, особливо червоне вино, шоколад, цитрусові, горіхи, копчені продукти, а також напівфабрикати з



додаванням глутамату натрію; тверді сири і яйця теж часто викликають біль голови, тому краще звести ці продукти до мінімуму. Не вживайте більше одного горнятка кави на день.

Отже, діагностика і лікування БГ є важливою загальномедичною, соціально-економічною проблемою, яка вимагає ґрунтовного комплексного підходу з врахуванням не лише медичних аспектів, але й способу життя і праці хворого, соціальних факторів.

Сьогоднішньому пацієнту, в котрого болить голова, поталанило. Є ліки, є спасіння, є вибір.

І ще кілька простих рекомендацій про те, як уникнути болю голови, і що робити, якщо він все-таки вас наздогнав:

- у холодну погоду не виходьте на вулицю з непокритою головою. Одягніть хоча б легку шапочку, тонкий шарф або косинку: навіть такий головний убір допоможе уникнути головного болю або зменшити його.

- якщо у вас метеозалежність, не варто заздалегідь програмувати себе на те, що у вас буде боліти голова. Перестаньте слухати прогнози про магнітні бурі і інші аномалії, і приймати їх на свій рахунок.

- позбавтеся від звички впадати в депресію з приводу і без причин. У оптимістів голова болить набагато рідше.

- намагайтеся дотримуватися режиму дня, і спіть стільки, скільки ви звикли. Порушивши формулу сну, неважливо, в який бік, ви ризикуєте отримати розбитий стан і біль голови.

- відійдіть від комп'ютера і вирушайте на вулицю - у будь-яку погоду! Ідеальний варіант - гуляти з коханим, але якщо він не проявляє ентузіазму, йдіть на прогулянку самі. Перед сном обов'язково провітрюйте кімнату, а якщо можливо, спіть з відкритою кватиркою.

- якщо голова розболілася, то намагайтеся уникати різких рухів і звуків, а також запахів і різкої зміни температур.

- психологічний фактор часто є основною причиною болю (не беріть цілу таблетку, відламайте частину, і покладіть в шклянку з водою. Коли таблетка розчиниться, повільно випийте воду з ліками, уявляючи, що таблетка була цілою).

- жінкам слід пам'ятати, що під час менструації голова може боліти через зміни гормонального фону, і вести себе відповідно. Використовуйте гомеопатичні засоби, наприклад, рослинні фітоестрогени, більше відпочивайте, гуляйте на свіжому повітрі, правильно і повноцінно харчуйтеся. До речі, овочі та фрукти слід їсти завжди, а не тільки влітку. Якщо взимку у вашому регіоні мало свіжих овочів, готуйте собі тушковані і запечені. Консервовані овочі та фрукти користі не принесуть.

- і останнє: не навантажуйте себе відповідальністю, обов'язками і почуттями. Не варто брати на себе більше, ніж ви в змозі встигнути фізично. І не карайте себе за помилки, а дозволяйте собі бути просто людиною, більше розважайтеся і відпочивайте. Більше позитиву! Спілкуйтеся з хорошими людьми! І тоді біль буде для вас рідкісним гостем.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. – М., 1999.
2. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А., Каримов Т.К. Головная боль. — М., 1994.
3. Данилов А. Диагностика и лечение головной боли М., 2011 – с.111.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. — Женева, 1995.
5. Матвієнко Ю .О. Первинні болі голови у практиці загального лікаря. Львів: Медицина світу, 2012. – 90 с.
6. Маркус Д.А. Головная боль. — М.:ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 221с.

7. Амелин А.В. Мигрень. Патогенез, клиника, фармакотерапия: руководство для врачей / А.В. Амелин, Ю.Д. Игнатов, А.А. Скромец, А.Ю. Соколов. – М: МЕДпрессинформ, 2011. – 256 с.
8. Дубенко О.Е., Сотников Д.Д. Профилактическое лечение мигрени: вчера, сегодня, завтра /О.Е. Дубенко, Д.Д. Сотников // Международный неврологический журнал. Тематический выпуск “Головная боль”. – 2009. – С. 24-29
9. Головная боль: алгоритм диагностики и лечения: учебно-методические рекомендации. – Киев, 2013. – 24с.

**А.Л. ВАСИЛЬЧУК**

## **ОСОБЛИВОСТІ ЧЕРВОНОГО ТОНКОМАТЕРІАЛЬНОГО ТІЛА ЛЮДИНИ**

*Вперше у світі пояснюються особливості червоного тонкоматеріального тіла людини.*

*Ключові слова: еніоанатомічна норма; гіпотрофія; гіпофункція; гіпертрофія; гіперфункція; специфічні функції.*

*Впервые в мире объясняются особенности красного тонкоматериального тела человека.*

*Ключевые слова: эниоанатомическая норма; гипотрофия; гиподугкция; гипертрофия; гиперфункция; специфические функции.*

*For the first time in the world are the special features of red subtle body*

*Key words: enioanatomical standard; hypotrophy; hypofunction; hypertrophy; hyperfunction; specific functions*

**Продовження з випуску 27 (93)**

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, анти- божественних та відповідних соціальних проявів.

### **Еніоанатомічна норма червоного тонкоматеріального тіла**

**Структурно-функціональна норма** червоного тонкоматеріального тіла це такий еніоанатомічний стан, при якому його зовнішня оболонка знаходиться між внутрішньою оболонкою внутрішньої частини червоного тонкоматеріального тіла і зовнішньою оболонкою зовнішньої частини світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла з оптимальним функціонуванням при відповідних навантаженнях.

**Червоне тонкоматеріальне тіло розвинуте до структурно-функціональної норми** (Мал.1 ) допомагає формувати сильне фізичне тіло, людину з цілеспрямованим гармонійним характером, якому властивий добрий стан здоров'я, ініціатива, динамічність, активність, самостійність, сміливість, незалежність, рішучість, непохитність, витривалість, дисциплінованість, широкі адаптаційні можливості до будь-яких соціальних чи кліматичних умов. Червоне тонкоматеріальне тіло захищає людину від інфрачервоного випромінювання та забезпечує необхідні інформаційно-енергетичні умови для започаткування розвитку в людині властивостей Божої Матері, Ісуса Христа, Духа Святого, Бога, духовного, душевного, божественного розвитку та розвитку яснобачення і психокінетичних здібностей.

Під впливом червоного тонкоматеріального тіла у людини виникає почуття соціального обов'язку, бажання розвивати свою особистість, формувати в собі психічні властивості вождя,

вміння соціальної комунікації різного характеру і активної участі в соціальних процесах спрямованих на досягнення високого соціального положення. Сприйняття, почуття, уяви, думки, емоції, воля, пам'ять, увага, свідомість та діяльність спрямовуються на досягнення успіху, влади, матеріального добробуту, авторитету, щастя та ін. Людина набуває психічного стану надійності, довіри, захищеності і безпеки. Емоціонально проявляється сильними емоціями і глибокими почуттями, які за своїм характером можуть бути протилежними. З одного боку любов до людей, а з іншого ненависть, гнів, агресія, насилля, страх та ін. Практично це проявляється творенням або нищенням, здоров'ям чи хворобою, гармонією або хаосом, життям або смертю і т.п. Прогресивний еволюційний фізичний, фізіологічний, соціальний, психічний, інтелектуальний, ментальний, емоціональний, моральний, етичний, естетичний, ПСІ-феноменальний, духовний, душевний, божественний та інформаційно-енергетичний розвиток людини можливий тільки на основі збалансованого, гармонійно, всебічно і універсально розвиненого червоного тонкоматеріального тіла, його інтеграції і структурно-функціональної збалансованості з фізичним тілом, світло-сяючим червоним, оранжевим, світлосяючим оранжевим, бузковим, фіолетовим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальними тілами. Єдність матеріального, інформаційно-енергетичного і Духовного Буття у фізичному тілі людини починається червоним тонкоматеріальним тілом.

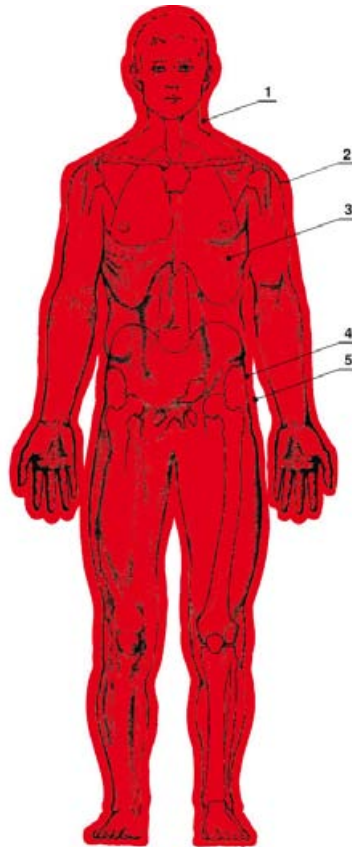
Частотно-амплітудно-хвильові діапазони червоного тонкоматеріального тіла інтерференціюються і синхронізуються з інформаційно-енергетичними матеріями земного життя, інкарнацією, життєздатністю, життєдіяльністю і фізичним здоров'ям. Червоне тіло інформаційно-енергетично забезпечує анатомо-морфофункціональний розвиток сполучних тканин, скелету, м'язової, серцево-судинної та видільної систем, клітин крові, селезінки, статевих залоз, дає початок розвитку усіх тканин фізичного тіла, шкіри, допомагає максимальному прояву сили м'язів та забезпечує фізичне тіло енергіями для збереження життя у життєво небезпечних ситуаціях. Всі властивості, особливості, здібності та функціональні можливості людини, обумовлені червоним тонкоматеріальним тілом можуть бути поглиблені, розширені і вдосконалені червоним компонентом світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріального тіла.

Через червоне тіло проникають усі тонкоматеріальні тіла і тому разом з усіма тонкоматеріальними тілами воно приймає участь в утворенні всіх ідентичних тонкоматеріальних тіл і є для них базовим. Якщо тіло досягне всебічного, гармонійного та універсального розвитку, то здатне функціонувати в діапазонах електромагнітного спектра будь-якого тонкоматеріального тіла, що уможливорює йому структурно і функціонально перебувати у голографічному взаємозв'язку з усіма тонкоматеріальними тілами, інформаційно-енергетично з ними взаємно доповнюватися, бути в інформаційно-енергетичному взаємообміні з усіма інформаційними рівнями Буття, обумовлювати одні й ті ж причини і наслідки онтогенетичного розвитку людини, морфогенетичні процеси фізичного тіла, анатомічні, морфологічні, фізіологічні, біомеханічні, електромагнітні властивості фізичного тіла та інформаційно-енергетичні властивості тонкоматеріальних тіл, соціальні, біотичні, психічні, інтелектуальні, ментальні, емоціональні, моральні, етичні, естетичні, ПСІ-феноменальні, духовні, душевні та окремі божественні прояви людини у фізичному світі Землі, Духовному Бутті в усіх необхідних людині інформаційно-енергетичних рівнях людського життя та використовувати інформаційно-енергетичні матерії усіх інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища. Це дає можливість червоному тілу впливати на розвиток, вдосконалення і прояв усіх властивостей, особливостей, здібностей і функціональних можливостей людини, навіть за умов коли її ж розвиток обумовлений інформаційно-енергетичними основами інших тонкоматеріальних тіл.

Червоне тонкоматеріальне тіло на рівні фізичного Буття людини символізує життя, фізичний розвиток, життєздатність, життєдіяльність, духовність, мужність, рішучість, енергійність, силу, волю, оптимізм, перемогу, любов, радість, сексуальні почуття, дружність, загальну стимуляцію, зближення з реальністю, матеріалізм, фізичне тепло, комфорт, характер

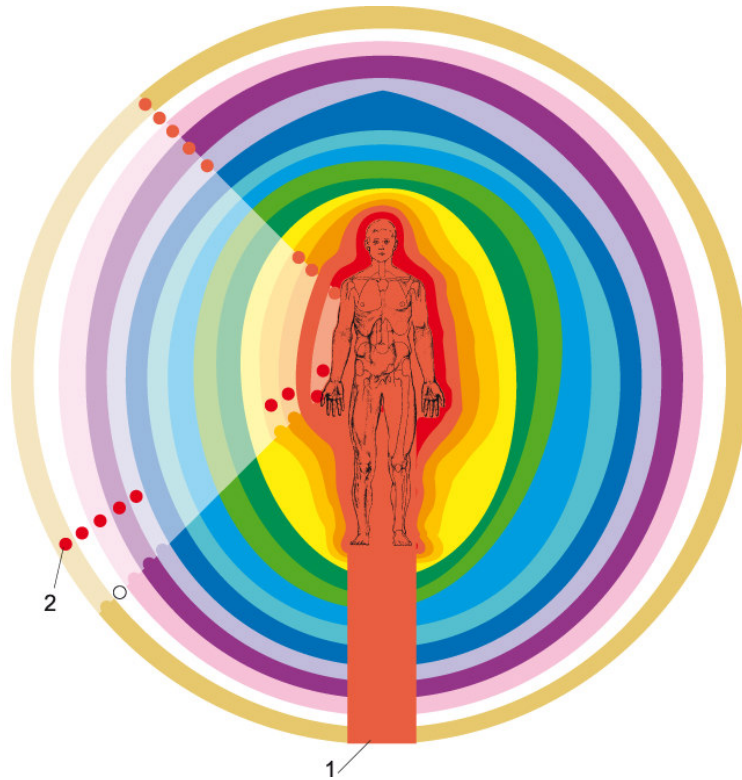
холерика, смерть, антидуховність, роздратованість, злість, ненависть, гнів, ревнощі, крик, страх, егоїзм, домінантність, тоталітаризм, диктаторство, агресія і т.д.

У процесі виховання, навчання, регенерації, реабілітації, рекондиції і лікування людини, при розвитку, вдосконаленні і проявленні її властивостей, особливостей, здібностей, функціональних, ПСІ-феноменальних, соціальних і духовних можливостей червоними інформаційно-енергетичними матеріями посередництвом і з допомогою червоного тонкоматеріального тіла реагує не лише червоне тонкоматеріальне тіло, але й світлосяюче червоне, оранжеве, світлосяюче оранжеве, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла і червона голографічна інтеграція тонкоматеріальних тіл. Це унікальна можливість виявлення причин хвороб, життєвих криз, соціальної неперспективності та розробки нових технологій виховання, навчання, розвитку вдосконалення, регенерації, реабілітації, рекондиції і лікування людини. Червоними інформаційно-енергетичними матеріями можна свідомо і цілеспрямовано впливати на людину **не тільки** через червоне тонкоматеріальне тіло, **але й** через окремо взяте світлосяюче червоне, оранжеве, світлосяюче оранжеве, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальне тіло, а також інтегрально через червону голографічну інтеграцію тонкоматеріальних тіл з акцентом на будь-яке тонкоматеріальне тіло голографічної інтеграції в різній послідовності, синхронно, асинхронно, ритмічно, аритмічно, з однаковою чи різною інтенсивністю і силою, короткочасно, довгочасно, з різною кількістю тіл, з різноманітними комбінаціями цих тіл та цілої червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл. Наслідком цього є різний ефект еніоанатомічних, еніопедагогічних, еніофізіологічних, еніопсихічних, еніобіологічних, еніотерапевтичних, еніомедичних та інших еніотехнологій, методів і засобів.

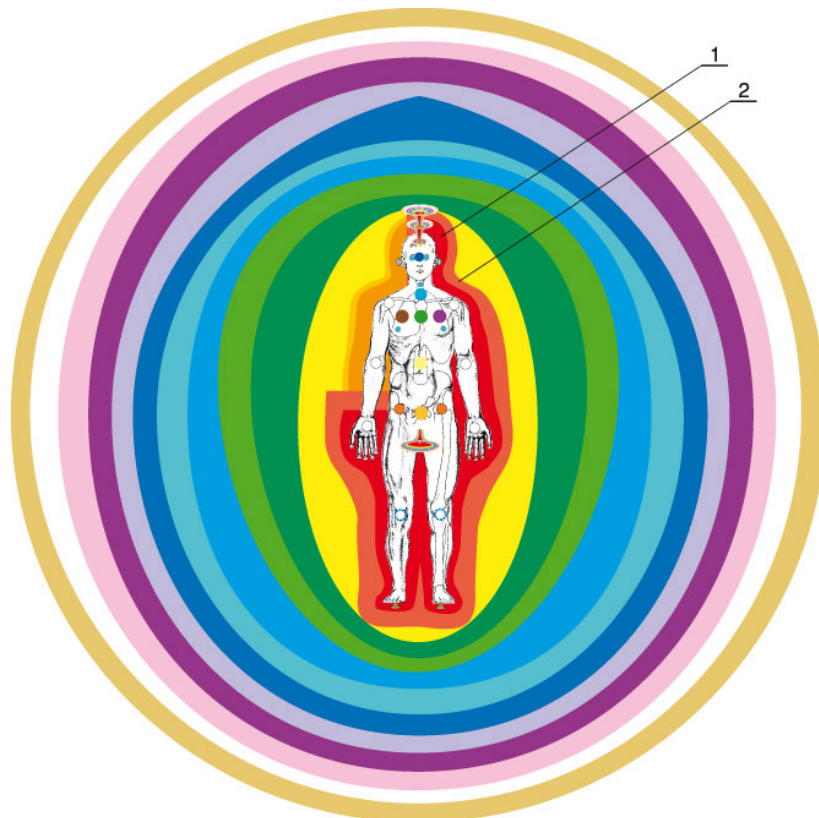


**Мал. 1 Червоне тонкоматеріальне тіло**

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** Гіпотрофія зовнішньої частини червоного і світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл  
 1 – червоне тонкоматеріальне тіло; 2 – світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло



**Мал. 3** Гіпертрофія зовнішньої частини червоного і світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл  
 1 – червоне тонкоматеріальне тіло; 2 – світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло

Всі вище наведені соціальні та біотичні прояви людини, які обумовлені червоним тонкоматеріальним тілом можливо розвивати і формувати спеціальними технологіями і методами впливу червоними інформаційно-енергетичними матеріями посередництвом тонкоматеріальних тіл, які мають можливість функціонувати в червоних діапазонах електромагнітного спектра. **Тільки за умови** розвинутого червоного тонкоматеріального тіла та його збалансованого структурно-функціонального співвідношення з усіма тілами людини, можливо у повній мірі використати інформаційно-енергетичний потенціал червоних діапазонів електромагнітного спектра інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища для виховання, навчання, розвитку, регенерації, реабілітації, рекондиції, лікування та прогресивний еволюційний розвиток людини.

### **Гіпотрофія та гіпофункція зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла**

**Гіпотрофія зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла** це такий еніоанатомічний стан, при якому зовнішня частина червоного тонкоматеріального тіла зменшується до розмірів внутрішньої частини тонкоматеріального тіла з довготривалою функціональною пасивністю.

**Гіпотрофія та гіпофункція зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла** (Мал. 2) проявляється деінтеграцією та послабленням структурно-функціональної єдності фізичного тіла з червоним тілом та червоною голографічною інтеграцією тонкоматеріальних тіл, послаблюється червона голографічна інтеграція тонкоматеріальних тіл, зменшується об'єм інформаційно-енергетичного взаємообміну у червоних діапазонах електромагнітного спектра, послаблюється проявлення усіх властивостей, особливостей, здібностей і функціональних можливостей обумовлених червоним тонкоматеріальним тілом і червоними інформаційно-енергетичними матеріями. **Виникає дефіцит** інформацій, мікрочасток, світла, енергії, інформаційно-енергетичних субстанцій та інформаційно-енергетичних біоплазм червоних діапазонів електромагнітного спектра в індивідуально-універсальній життєвій інформаційно-енергетичній біоплазмі, специфічній та у високоспецифічних червоних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах і цим блокується вдосконалення та універсальний розвиток червоного тонкоматеріального тіла, червоної, світлосяючої червоної, оранжевої, світлосяючої оранжевої, бузкової, фіолетової, рожевої, білої і золотої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл. На фізичному рівні у людини гіпотрофія та гіпофункція зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла проявляється **зменшенням** інформаційно-енергетичної присутності Бога, Духа Святого, Ісуса Христа і Божої Матері у фізичному тілі, червоному тілі та у червоній голографічній інтеграції, **сповільненим** розвитком фізичного тіла, **слабким** фізичним тілом, **низькими** характеристиками фізичних показників, функціональною слабкістю, **слабою** життєздатністю і життєдіяльністю, **функціональною** дисгармонією між фізичним і червоним тонкоматеріальним тілом, **соціальною** пасивністю, відсутністю мотивації і бажання соціально-біотичного саморозвитку у відповідності до загальноприйнятих норм життя, **нездатності** реалізувати соціально-біотичні, психічні, інтелектуальні, ментальні, емоціональні, моральні, етичні, екстрасенсорні, ПСІ-феноменальні, духовні, душевні, божественні та інформаційно-енергетичні можливості, **схильності** до соматичних, психічних, психосоматичних, інфекційних, онкологічних та інших хвороб. У деяких людей настільки послаблена воля до життя, що у них виникає бажання померти.

### **Гіпертрофія та гіперфункція зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла**

**Гіпертрофія зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла** це такий еніоанатомічний стан, при якому зовнішня частина червоного тонкоматеріального тіла збільшена до розмірів зовнішньої частини світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого

оранжевого аж золотого тонкоматеріального тіла з довготривалим функціональним перевантаженням.

**Гіпертрофія та гіперфункція зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла** (Мал.3) посилює і прискорює формування структурно-функціональної єдності червоного тіла, червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл з фізичним тілом, **переповнює** червоною інформаційно-енергетичною матерією червону, світлосяюче червону, оранжеву, світлосяючу оранжеву, бузкову, фіолетову, рожеву, білу і золоту голографічні інтеграції тонкоматеріальних тіл, що може призвести до їх інформаційно-енергетичного самозаблокування, порушення природних шляхів циркуляції інформаційно-енергетичних матерій, підвищення концентрації інформаційно-енергетичних матерій аж до стану самодеструкції. Збільшується об'єм інформаційно-енергетичного взаємообміну у червоних діапазонах електромагнітного спектра, посилюється проявлення усіх властивостей, особливостей, здібностей та функціональних можливостей, обумовлених червоним тонкоматеріальним тілом і червоними інформаційно-енергетичними матеріями. Таким чином, виникає надлишок інформації, мікрочасток, світла, енергії, інформаційно-енергетичних субстанцій та інформаційно-енергетичних біоплазм червоних діапазонів електромагнітного спектра в індивідуально-універсальній життєвій інформаційно-енергетичній біоплазмі, специфічних та у високоспецифічних червоних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах. **Спочатку прискорюється вдосконалення та універсальний розвиток** червоного тонкоматеріального тіла, червоної, світлосяючої червоної, оранжевої, світлосяючої оранжевої, бузкової фіолетової, рожевої, білої і золотой голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, а потім **сповільнюється** з ризиком виникнення самодеструкції. Гіпертрофія та гіперфункція зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла **значно прискорює** розвиток людини і формування і ній властивостей соціального вождя. Посилює фізичне тіло, зміцнює здоров'я, спричиняє нерівномірний розвиток і прояв фізичних, фізіологічних, соціальних, психічних, інтелектуальних, ментальних, емоціональних, моральних, етичних, естетичних, духовних, душевних, божественних та інформаційно-енергетичних властивостей людини. **Переважаю** орієнтує людину на пізнання фізичних, математичних, біологічних, хімічних, соціальних та інших законів і закономірностей розвитку людини, Землі і Всесвіту, **ніж** на пізнання духовних законів розвитку людини, Землі і Всесвіту. При гіпертрофії та довготривалій гіперфункціональній активності зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла великого значення набуває орієнтація свідомості людини. Якщо людина орієнтована підчинити свою свідомість Божій Свідомості і Божому Плану свого розвитку, то гіпертрофія та гіперфункція зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла поступово зникає і набуває структурно-функціональної норми, а розвиток всіх властивостей людини, особливо духовних, душевних та божественних врівноважується. Зникає небезпека антидуховного розвитку, нормалізується прогресивний еволюційний розвиток людини, виникають інформаційно-енергетичні умови для її гармонійного розвитку в єдності матеріального і духовного. Орієнтування свідомості на власні можливості призводить до розвитку егоїстичних і домінуючих властивостей, поступового переорієнтування людини від духовності, душевності, божественності, любові, сердечності, чуйності, радості і доброти до антидуховності, антидушевності, антибожественності, ненависті, гніву, смутку, зла, помсти і агресивності. При цьому, людина свої добре розвинуті соціально-біотичні властивості, фізичні цінності, посилену життєдіяльність і життєздатність, домінуючі та негативні інтелектуально-ментальні і психоемоціональні прояви використовує прагматично і дієво для досягнення матеріального благополуччя, влади, керівної посади, прагне досягнути ведучої ролі за будь-яких умов, її досягнення набувають авторитарно-диктаторського характеру.

Перевага інформаційно-енергетичних матерій темних червоних відтінків у червоному тонкоматеріальному тілі означає пригнічення позитивних емоцій, утворення інформаційно-енергетичної основи гніву і патології тих органів фізичного тіла, в області яких знаходяться ці матерії. Інформаційно-енергетичні матерії чистих червоних відтінків означають здорові органи, сильний характер, вміння керувати людьми (властивості вождя), надійність, емоційність,

прискіпливість і неможливість проявлення гніву. Наявність композицій червоно-рожевих інформаційно-енергетичних матерій у червоному тілі проявляється почуттям любові, відданості, розширеною свідомістю, яснобаченням, психокінетичними здібностями та поглинанням космічної прани. Червоно-пурпурові інформаційно-енергетичні матерії сприяють стимуляції і посиленню кровообігу.

## Специфічні функції червоного тонкоматеріального тіла

### Пояснення та інтерпретація специфічних функцій червоного тонкоматеріального тіла:

1. **Морфогенетична функція** червоного тіла проявляється як утворюючий і формуючий процес анатомічних і морфологічних макроструктур, в більшій мірі фізичного тіла та систем організму, в меншій мірі органів, тканин, клітин та органел. Червоне тонкоматеріальне тіло в онтогенезі людини забезпечує реалізацію відповідного рівня природного голографічного причинно-наслідкового росту, розвитку, диференціювання структур і функціонування систем організму та фізичного тіла людини. Ріст, розвиток і формування анатомії, морфології і фізіології людини забезпечується, контролюється і реалізуються первинною голографічною матрицею тонкоматеріальних тіл та генетичною кінетичною програмою керованою нервовою системою. Морфогенетичну функцію необхідно сприймати і одночасно пояснювати як специфічну та ідентичну.
2. В онтогенезі людини інформаціями, енергіями та специфічними червоними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами **утримуються, оновлюються і захищаються** індивідуальні еніоанатомічні та антомо-морфофункціональні норми будови, форми, структури та фізіології систем організму і фізичного тіла від розпаду, знищення, патологічно-деструктивних змін і мутацій під час хвороб чи травм, від впливу патогенних і негативних факторів.
3. **Метаболічна функція** проявляється безпосереднім впливом інформацій, мікрочасток, світла, енергії, інформаційно-енергетичних субстанцій і специфічних червоних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм червоного тонкоматеріального тіла на характер метаболізму, обмін речовин, та інформаційно-енергетичний обмін у системах організму та фізичного тіла в цілому. Ця функція проявляється і метаболізмом, в більшій мірі, червоних, ніж світлосяючих червоних інформаційно-енергетичних матерій необхідних для забезпечення функціонування червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл та червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл. Метаболічну функцію необхідно одночасно сприймати і пояснювати як специфічну та ідентичну.
4. **Кінетична функція** проявляється первинним голографічним інформаційно-енергетичним формуванням функції в структурах червоного тонкоматеріального тіла з наступним передаванням голографічно сформованих функцій до систем організму, фізичного тіла і людини для її практичної реалізації. Початок відповідної функціональної діяльності систем організму і фізичного тіла з будь-яким проявом спочатку відбувається у структурах червоного тонкоматеріального тіла і червоній голографічній інтеграції тонкоматеріальних тіл, а потім в системах організму і фізичному тілі. Кінетичну функцію потрібно сприймати і одночасно пояснювати як специфічну та ідентичну.
5. **Коректувальна функція** проявляється адекватним інформаційним, енергетичним, інформаційно-енергетичним забезпеченням сили, інтенсивності, тривалості, поступовості виникнення або одночасного виникнення, збалансованого співвідношення активності і пасивності функцій систем організму, фізичного тіла і людини, а також їх переорієнтації та адаптації до мінливих умов зовнішнього середовища, життєздатності, життєдіяльності, росту систем організму, фізичного тіла і розвитку людини. Коректувальну функцію потрібно одночасно сприймати і пояснювати як специфічну та ідентичну.



6. У процесі онтогенетичного розвитку людини у червоному діапазоні електромагнітного спектра **зберігається і утримується** індивідуальна генетична та інформаційно-енергетична ідентичність анатомії, морфології та фізіології фізичного тіла і тонкоматеріальних тіл людини.
7. Інформаційно, енергетично та інформаційно-енергетично **обумовлюється** інформаційно-енергетична ідентичність, індивідуальність, імунітет і гомеостаз у червоному діапазоні електромагнітного спектра. Приймає участь в обумовленні біотичного імунітету людини.
8. У червоному діапазоні електромагнітного спектра **захищає** від інформаційного, енергетичного та інформаційно-енергетичного знищення епіанатомічної норми тонкоматеріальних тіл, анатомії, морфології та фізіології функцій систем організму і фізичного тіла.
9. **Захищає** людину та її тіла від негативного впливу інфрачервоного випромінювання.
10. **Захищає** фізичне тіло, організм, системи організму і червоне тонкоматеріальне тіло від проникання негативних інформацій та неідентичних, неприродних, нехарактерних і біопатогенних для них інформаційно-енергетичних матерій червоних діапазонів електромагнітного спектра, мікрочасток та мікроорганізмів.
11. У червоному діапазоні електромагнітного спектра інформаційно-енергетично **очищає** червоне тонкоматеріальне тіло від негативних інформацій, біопатогенних, неприродних, невластивих, нехарактерних і нетипових інформаційно-енергетичних матерій червоного діапазону електромагнітного спектра і допомагає очищувати організм від шкідливих мікрочасток та мікроорганізмів.
12. **Трансформує, модулює, синтезує і транспортує** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми червоних діапазонів електромагнітного спектра і випромінює їх у зовнішнє середовище.
13. **Декодує і кодує** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми червоного діапазону електромагнітного спектра інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища для морфогенетичних та функціональних потреб систем організму, фізичного тіла і червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл.
14. **Перерозподіляє** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми червоного діапазону електромагнітного спектра між системами організму, між фізичним тілом і тонкоматеріальними тілами та між тонкоматеріальними тілами червоної голографічної інтеграції.
15. **Забезпечує** інформаційно-енергетичний взаємообмін у червоному діапазоні електромагнітного спектра у більшій мірі між системами організму, фізичним тілом і тонкоматеріальними тілами, між тілами червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл і тонкоматеріальних тіл з ідентичними для людини інформаційно-енергетичними полями людей, тварин, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і Духовного Буття та в меншій мірі між тканинами і органами фізичного тіла.
16. **Передає та забезпечує** для фізичного тіла, червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл необхідну кількість морфогенетичних інформацій, мікрочасток, світла, енергії, інформаційно-енергетичних субстанцій та інформаційно-енергетичних біоплазм червоних діапазонів електромагнітного спектра.
17. **Забезпечує** у червоних діапазонах електромагнітного спектра інформаційно-енергетичний **перехід** між низькочастотним і високочастотним інформаційно-енергетичним рівнями Буття, між фізичним тілом, червоним, світлосяючим червоним, оранжевим, світлосяючим оранжевим, бузковим, фіолетовим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальним тілом, між тонкоматеріальними тілами та інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища.
18. **Обумовлює** інформаційно, енергетично та інформаційно-енергетично автоматичні і автономні функції фізичного тіла.

19. Уможливилює симбіоз червоного тонкоматеріального тіла з фізичним тілом у червоних діапазонах електромагнітного спектра. **Без цього симбіозу неможливе проявлення біотичного життя людини в умовах Землі.**
20. **Являється основою** для створення червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл і приймає участь в утворенні світлосяючої червоної, оранжевої, світлосяючої оранжевої, бузкової, фіолетової, рожевої, білої і золотої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл. **Без червоного тонкоматеріального тіла неможлива червона голографічна інтеграція тонкоматеріальних тіл.**
21. **Творють** специфічну червону життєву інформаційно-енергетичну біоплазму, високо специфічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми і приймає участь в утворенні індивідуально-універсальної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми.
22. У червоних діапазонах електромагнітного спектра безперервно **випромінює** до зовнішнього середовища інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми людини, і таким чином приймає участь в утворенні її життєвого інформаційно-енергетичного середовища і нового інформаційно-енергетичного змісту інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища, особливо індивідуального психічного поля, родинного психічного поля, психічного поля соціальної групи, універсального психічного поля Землі, універсального психічного поля Всесвіту, духовних полів людства і єдиного інформаційно-енергетичного поля Всесвіту.
23. У червоних діапазонах електромагнітного спектра **приймає участь** в утворенні індивідуального інформаційно-енергетичного біоплазматичного поля людини.
24. **Створює** інформаційно-енергетичну основу доброго здоров'я, земної любові, радості, сексуальних почуттів, соціальної активності, соціального успіху, перемоги, досягнення матеріального добробуту, яснобачення, психокінезу та ПСІ-феноменального цілительства.
25. **Приймає, декодує, кодує і зберігає** у червоному діапазоні електромагнітного спектра інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми необхідні для розвитку фізичного тіла, червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, для виживання і пристосування до земних умов, соціальної адаптації і активної біотичної та професійної діяльності.
26. У червоному діапазоні електромагнітного спектра червоне тіло своєю внутрішньою частиною **формує і віддзеркалює** усі ультра-, мікро-, макроанатомічні та морфофункціональні структури фізичного тіла. Фізичне тіло у червоному тілі представлено один раз у внутрішній частині первинної червоної голографічної матриці.

**Продовження у випуску 30 (96)**

## 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.

## ВИКОРИСТАННЯ VECTOR-СИСТЕМИ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ГІГІЄНИ В ПАРОДОНТОЛОГІЇ

*В статті розглядається методика використання системи Vector в комплексному лікуванні захворювань пародонта.*

*Ключові слова: Vector-система, гінгівіт, пародонтит, терапія.*

*В работе представлена методика применения Vector-системы в комплексном лечении заболеваний пародонта.*

*Ключевые слова: Vector-система, гингивит, пародонтит, терапия.*

*The work presents method of the use of the Vector-system in complex treatment periodontal diseases.*

*Key words: Vector-system, gingivitis, disease of the periodontium, therapy.*

Захворювання пародонта – одна з важливих проблем стоматології. За даними ВООЗ більше 80% дітей раннього віку страдають гінгівітом, все доросле населення – гінгівітом, пародонтитом чи пародонтозом.

Патологічні зміни в пародонті виникають під впливом різноманітних загальних і місцевих чинників, які призводять до запальних, деструктивно-запальних і дистрофічних змін пародонта. Серед комплексу місцевих факторів, які впливають на стан тканин пародонта слід виділити: зубні відкладання, мікрофлору, не сановану порожнину рота. Зубні відкладення відіграють значну роль серед місцевих пошкоджуючих чинників, що поєднують в собі механічну, хімічну та біологічну дію – це мікроби та їх токсини.

Гінгівіт, як самостійне захворювання найчастіше зустрічається у підлітків та осіб молодшого віку.

Катаральний гінгівіт – це ексудативне запалення ясен, яке протікає без порушення цілості зубо-ясенного з'єднання.

Гострий катаральний гінгівіт характеризується гіперемією та набряком ясен, болем. Хворі скаржаться на біль, кровоточивість, відчуття печії в ділянці ясен.

При катаральному гінгівіті рентгенологічних змін та резорбцій міжальвеолярних перегородок не відмічалось.

При пародонтиті легкого 1 ступеню тяжкості клінічно визначається симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишені глибиною до 3 мм.

Рентгенологічно визначається незначна резорбція кістки на 1/3 між альвеолярних перегородок.

Етіологічно направлена місцева пародонтальна терапія включає в себе повноцінне видалення підясенної мікробіологічної плівки, грануляції і підясенних відкладень. Лікування патології пародонту охоплює усунення запалення, яке викликане і підтримується мікроорганізмами та продуктами їх життєдіяльності, зменшення пародонтальної кишені та підтримувальної терапії.

Для лікування захворювань пародонта та роботи в сублінгвальному просторі, проведення глибокого скейлінгу ми використовували систему Vector, одну з інновацій в пародонтології.

Апарат Vector – це ультразвуковий метод закритого кюретажу тільки на корені зуба. Апарат Vector досить компактний і складається з основної частини, педалі, а також різних суспензій (полірувальної і абразивної) та металевих і гнучких насадок. Набори інструментів використовуються залежно від показів:

Срібний набір – для видалення пародонтальних відкладень (Paro-набір);

Жовтий набір – для зняття над'ясенних відкладень;

Чорний набір (Recall) – для повторної обробки для підтримуючої терапії з вуглецевого волокна;

Червоні і фіолетові набори – для мікроінвазивного препарування.

У пародонтальних кюретах апарата Vector робочою є вся поверхня на відміну від ультразвукового скейлера, де робочою частиною є лише верхівка, кінчик інструмента.

З метою запобігання реінфекції ми відразу обробляли верхню та нижню щелепи.

Мета роботи – визначити клінічну ефективність застосування системи Vector в комплексному лікуванні захворювань пародонта.

Методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилося 10 хворих на катаральний гінгівіт та 6 хворих на пародонтит легкого 1 ступеня тяжкості віком від 18-35 років з використанням апарата Vector. Обстеження хворих проводили до і після лікування, використовуючи клінічні та додаткові методи обстеження. Хворим визначали кровоточивість ясен, глибину пародонтальних кишень, ступінь рухомості зубів, а також клінічну оцінку за допомогою індексу гігієни (ГІ), Федорова-Володкіної, папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (ПМА), пародонтального індексу Руселля та пробу Шіллера-Пісарєва.

Рівень деструкції кістки визначали за допомогою рентгенографічних методів.

Лікування хворих було комплексним. Надясенний зубний камінь знімали за допомогою жовтих наборів інструментів системи Vector. Прямим Vector зондом з набору Paro обробляли підясенні вестебулярні та оральні поверхні зубів, а також ретромоларні ділянки. Кюрета вводиться в пародонтальну кишеню, з сопла подається суспензія гідроксилапатиту завдяки чому безболісно видаляється біоплівка, зубний камінь, високоякісно вигладжується і полірується корінь зуба.

Під час цього процесу частинки полірувальної суспензії гідроксилапатиту усувають м'які та тверді зубні відкладення. Дрібні частинки оптимізують полірування і знижують подальшу гіперчутливість зубів. Після зняття над- і підясенних зубних відкладень з метою профілактики реінфекції тканин пародонту застосували антимікробний препарат Паросін для іригацій ясенних та пародонтальних кишень.

Для кожного пацієнта складали індивідуальну гігієнічну програму з рекомендацією певних видів зубних паст, флосів, інтердентальних щіток.

Наступне відвідування призначали через 2-4-6 тижнів індивідуально з метою повторного підясенного скейлінгу за допомогою спеціального набору Recall із вуглецевого волокна, що давало значне покращення стану тканин пародонта. Лише завдяки регулярній професійній гігієні порожнини можна запобігти повторній інфекції та ліквідувати запальний процес тканин пародонта.

Результати дослідження. Клінічні спостереження за хворими гінгівітом та пародонтитом показали, що ефективність лікування при застосуванні системи Vector наступала вже після першого відвідування. Хворі відзначали зменшення кровоточивості, болючості, набряку слизової оболонки ясен, відчуття свіжості в порожнині рота, покращення загального самопочуття. Ефективність комплексного лікування із застосуванням системи Vector підтверджується клінічно: відсутність запального процесу; ясенні кишени повністю зникали, а глибина пародонтальних кишень зменшувалась на 1 мм; ясенний край слизової щільно прилягав до шийки зуба.

Аналізуючи результати спостережень слід відзначити зниження показників індексу гігієни, пародонтального індексу та проби Шіллера-Пісарєва.

Висновок.

Використання системи Vector в комплексному лікуванні захворювань пародонта

заслуговує на увагу лікарів стоматологів, оскільки є безболісним, проводиться з мінімальною кількістю відвідувань, не травмує тканини пародонту, запобігає виникненню після операційної гіперестезії та забезпечує досягнення довготривалої ремісії.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Браун А., Краузе Ф., Шиффер А. Применение ультразвукового аппарата Vector при лечении пародонтита // Клиническая стоматология. – 2001. – №3. – С. 62-65.
2. Городко М., Бюрклин Т., Расцке П. Клинические исследования эффективности нового ультразвукового прибора для пародонтотерапии // Дент-Арт – 2004. – №1. – С. 56-60.
3. Заболотний Т.Д., Дерейко Л.В., Савчук О.П. Застосування системи Vector при лікуванні захворювань пародонту // Новини стоматології. – 2004. № 1/3. – С. 68-72.
4. Иванова О.Ю., Якупова Г.Ф. Вектор-терапия // Пародонтология. – 2006. – № 1. – С. 79-81.
5. Клингер Г., Клингер М. Пародонтальная терапия с помощью ультразвуковой системы Vector // Пародонтология. – 2003. – № 1. – С. 33-37.
6. Терапевтична стоматологія за ред. проф. А.В. Борисенка. Том 3. Захворювання пародонту. Київ, Медицина, 2002. – С. 295-314.
7. Ценер П. Систематическое применение прибора Вектор в повседневной профилактике стоматологических заболеваний // Клиническая стоматология. – 2002. – № 2. С. 38-43.

**Я.І. ТОМАШЕВСЬКИЙ,**

**Н.Я. ТОМАШЕВСЬКА, І.Є. ДЗІСЬ**

### **РАННЯ ДІАГНОСТИКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

*У статті наведено розділ “Програми загальної диспансеризації населення”, що має за мету популяризувати ранню діагностику цукрового діабету.*

*Ключові слова: цукровий діабет, гіперглікемія,  $\alpha$ -гіперкетонурія*

*В статтє приведен раздел “Программы общей диспансеризации населения” с целью популяризации ранней диагностики сахарного диабета.*

*Ключевые слова: сахарный диабет, гипергликемия,  $\alpha$ -гиперкетонурия*

*In the article, there is the chapter of “The program of general dyspanserisation of the population”. The aim of it is popularisation of early diagnosis of diabetes mellitus.*

*Key words: diabetes mellitus, hyperglycemia,  $\alpha$ -hyperketonuria.*

Клінічними проявами цукрового діабету є спрага (полідипсія), сухість у роті, надмірне сечовипускання (поліурія), загальна слабкість, свербіж шкіри та зовнішніх статевих органів, фурункульоз, погане загоєння ран. Хворі на цукровий діабет I типу втрачають вагу. Згодом приєднуються зниження зору, біль у ногах, підвищення артеріального тиску, набряки, ознаки ураження внутрішніх органів та нервової системи.

Діагноз діабету підтверджують лабораторними показниками (табл. 1,2,3). До них відносять гіперглікемію, глюкозурію,  $\alpha$ -гіперкетонурію. Допоміжні показники: глікований гемоглобін, фруктозамін.

Глікемія є специфічним показником діабету. Досліджують також ліпідний обмін. У діагностиці гострих невідкладних станів використовують визначення кетонових тіл у крові та сечі, пірувату, лактату.

Допомагають визначити тип захворювання гормони панкреатичних острівців – глюкагон, С-пептид, імунореактивний інсулін.

Нормальний рівень глікемії у здорової людини натще перебуває у межах 3,3-5,5 ммоль/л (80-120 мг%), упродовж доби – від 4 до 8-9 ммоль/л [1-5].

Маніфестний цукровий діабет підтверджується, якщо через 8-12 год після попереднього голодування глікемія становить 6,1 ммоль/л і більше, або випадково серед доби від 11 ммоль/л. Бажано повторити аналізи 2-3 рази в інші дні [1].

Таблиця 1.

**Критерії діагностики цукрового діабету та інших категорій гіперглікемії (ВООЗ, 1999), доповнені Українською Академією профілактичної медицини (2014)**

Діагноз	Концентрація глюкози у капілярній крові, ммоль/л (мг%)
Цукровий діабет: Натще Через 2 год після навантаження глюкозою (75 г)	$\geq 6,1$ ( $\geq 110$ ) $\geq 11,1$ ( $\geq 200$ )
Порушена толерантність до глюкози: Натще Через 2 год після навантаження глюкозою (75 г)	$< 6,1$ ( $< 110$ ) 7,8-11,1 (140-200)
Порушена глікемія: Натще Через 2 год після навантаження глюкозою (75 г)	5,6-6,1 (100-110) $< 7,8$ ( $< 140$ )
Порушена $\alpha$ -кетонурія: Нічна: I ступінь II ступінь III ступінь IV ступінь V ступінь VI ступінь VII ступінь VIII ступінь IX ступінь X ступінь Натще 2-годинна Постпрандіальна 2-годинна Постпрандіальна 5-годинна: I ступінь II ступінь III ступінь Нічна	25-34 мг 35-44 мг 45-54 мг 55-64 мг 65-74 мг 75-84 мг 85-94 мг 95-104 мг 105-114 мг $> 114$ мг $\geq 5$ мг $\geq 12$ мг 16,1-24 мг 24,1-32 мг 32,1-40 мг $> 69$ мг

**Критерії діагностики функціонального стану циклу трикарбонових кислот за показниками постпрандіальної 2-годинної  $\alpha$ -кетонурії**

Функціональний стан вуглеводного обміну	Постпрандіальна 2-годинна $\alpha$ -кетонурія, мг
1. Фізіологічний	6,4-11,4
2. Підвищена толерантність	2,8-6,0
3. Порушена толерантність, I ступінь	11,9-15,0
4. Порушена толерантність, II ступінь	15,1-20,0
5. Порушена толерантність, III ступінь	20,1-40,0

**Критерії діагностики функціонального стану циклу трикарбонових кислот за показниками постпрандіальної 5-годинної  $\alpha$ -кетонурії**

Функціональний стан вуглеводного обміну	Постпрандіальна 5-годинна $\alpha$ -кетонурія, мг
1. Фізіологічний	8,1-16,0
2. Підвищена толерантність	2,1-8,0
3. Порушена толерантність, I ступінь	16,1-24,0
4. Порушена толерантність, II ступінь	24,1-32,0
5. Порушена толерантність, III ступінь	32,1-40,0

Пероральний тест на толерантність до глюкози виконують, якщо при проведенні скринінгу цукрового діабету отримано сумнівні або невизначені результати. Показаннями до проведення глюкозотолерантного тесту є:

1. наявність цукрового діабету в родині;
2. надлишкова маса тіла;
3. наявність в анамнезі у жінок народження мертвих дітей чи дітей з масою тіла понад 4,5 кг;
4. гіпертензія та гіперліпідемія;
5. глюкозурія вагітних, патологічна вагітність і пологи;
6. наявність випадкової гіперглікемії (до 9,9 ммоль/л) після їди;
7. реактивна гіпоглікемія;
8. хронічні інфекції, дерматопатії, ретинопатія і нейропатія невідомої етіології.

**Підготовка до проведення глюкозотолерантного тесту:**

1. Упродовж трьох днів до проведення тесту слід дотримуватись звичайного фізичного навантаження і режиму харчування із вмістом вуглеводів не менше як 125-120 г на добу.
2. За три доби до проведення тесту відмінюють лікарські засоби, які можуть впливати на рівень глікемії – глюкокортикоїди, тіазиди, пероральні контрацептиви,  $\beta$ -адреноблокатори.
3. Перший забір капілярної крові з пальця беруть для визначення вихідного рівня глікемії. Повне голодування перед аналізом триває 10-14 годин, але вживання води не обмежують.
4. Після визначення глікемії натщесерце обстежуваний вживає перорально 75 г глюкози, розчиненої у 300 мл води, упродовж 2-5 хв. Для поліпшення смакових якостей до розчину

глюкози можна додати лимонний сік або лимонну кислоту. Дітям глюкозу розчиняють із розрахунку 1,75 г на 1 кг ваги дитини, але не більше за 75 г.

За оптимізованою методикою для дорослих і дітей бажано використовувати стандартний вуглеводний сніданок, що містить 100 г вуглеводів (80 г за рахунок 200 г білого хліба та 20 г цукру (3 чайні ложки) у 300 мл води).

5. Наступні рівні глікемії визначають через 1 та 2 год після вживання стандартного сніданку.

6. Упродовж проведення тесту пацієнт повинен перебувати в стані спокою: не можна палити і виконувати фізичні навантаження. Недоцільно проводити тест під час менструації.

При уремії спостерігають легку гіперглікемію натще і значну після споживання їжі через високу чутливість до глюкагону.

При цирозі печінки, особливо з портальною гіпертензією, порушення толерантності до глюкози зумовлене гіперінсулінемією та гіперглюкагонемією.

Для перерахунку показників глікемії, визначених у ммоль/л або в мг%, використовують наступні формули:

$$\text{мг\%} \times 0,05551 = \text{ммоль/л}$$

$$\text{ммоль/л} \times 18,02 = \text{мг\%}$$

### **Визначення глюкозурії.**

Із сечею здорової людини екскретується до 0,2 г глюкози на добу (0,001-0,015 %). Нирковий поріг для глюкози відповідає рівню глікемії 8,8-9 ммоль/л. Кількісне визначення цукру в добовій сечі проводять поляриметричним методом або за допомогою індикаторних тест-смужок. Глюкозурію спостерігають при нирковому діабеті, синдромі Фанконі, захворюваннях нирок, тощо. Глюкозурія вимагає детального аналізу для заперечення або підтвердження діагнозу цукрового діабету. У таких випадках визначають рівень глікемії або проводять глюкозотолерантний тест.

Для діагностики кетоацидотичних станів і кетонемічної коми визначають кетонів тіла у сечі – кетонурію за допомогою набору для діагностики ацетону в сечі, а також індикаторних смужок (“Ацетотест”, “Кетостикс”, “Кетодіабур-тест”, тощо).

Позначають кетонурію у вигляді +. Позначки + чи ++ віддзеркалюють діагноз кетозу, +++ чи ++++ - кетоацидозу.

Гліковані протеїни утворюються шляхом приєднання глюкози до білків неферментативним шляхом. Вони точно відображають ступінь порушення вуглеводного обміну. Досліджують переважно глікований гемоглобін (норма – 4-7 %) та фруктозамін. При цукровому діабеті рівень глікованого гемоглобіну перевищує 7% і свідчить про ступінь компенсації захворювання за останні 90 діб. Ступінь глікування прямо пропорційний концентрації глюкози у крові – визначається кожні 3 міс. Підвищення рівня глікованого гемоглобіну є одним із ранніх показників порушення обміну вуглеводів.

У нормі рівень фруктозаміну крові не перевищує 0,285 ммоль/л, він підвищується при цукровому діабеті. Це продукт взаємодії глюкози з альбуміном, який має період напівжиття близько 14 діб, тому за рівнем фруктозаміну можна визначити якість компенсації цукрового діабету упродовж цього періоду.

Норма глікованих ліпопротеїнів 9-10 мкмоль/г; при цукровому діабеті: 20-30 мкмоль/г.

Можна визначати гліковані білки нігтів (норма: 0,131 ммоль/мг), їх вміст при цукровому діабеті збільшується.

Імунореактивний інсулін доцільно визначати тільки у тих хворих, які не отримують і ніколи не отримували препарати інсуліну, оскільки до екзогенного інсуліну утворюються антитіла. У нормі вміст імунореактивного інсуліну становить 12-25 мкО/мл (86-180 пмоль/л).



Функціональний стан інкреторного апарату панкреатичних ostrivciv можна визначати за рівнем С-пептиду у крові (норма: 1-2,8 нмоль/мл). При цукровому діабеті 1-го типу рівень С-пептиду зменшений, при цукровому діабеті 2-го типу – нормальний або підвищений, у хворих із гіперінсулінізмом (інсуліномою) – підвищений. Концентрація С-пептиду натще перевищує 0,6 нмоль/л, після стимуляції глюкагоном – 1,1 нг/л, що свідчить про достатню секреторну активність інкреторного апарату підшлункової залози. Рівень стимульованого С-пептиду 0,6 нмоль/л та менше свідчить про потребу в екзогенному інсуліні.

Рівень глюкагону в нормі становить 50-125 нг/л, він підвищується при декомпенсованому цукровому діабеті [1].

З метою ранньої діагностики цукрового діабету Українська Академія профілактичної медицини пропонує широко використовувати “Альфа-кетонуричний тест” (табл.1), частота спадкової схильності до цукрового діабету 2-го типу за цим тестом становить 41,1 % загальної популяції [2-4].

## ЛІТЕРАТУРА

1. Ендокринологія / За ред. проф. Боднара. - К.: Здоров'я, 2002. - С.233-239.
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 (Ендокринологічний профіль). Друге видання / За ред. проф. 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. Диабет / Под ред. Р.Уильямса, пер. с англ. – М.: Медицина, 1964. – С. 294.

# **ХРОНІКА**

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

## **ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:**

*40 річчям*

**Пороховську Наталію Василівну  
Яцкевича Остапа Ярополковича  
Рачкевич Олену Станіславівну**

*45 річчям*

**Іванківа Тараса Мироновича  
Бодуарук Наталію Іванівну  
Никипчук Олександрю Вадимівну  
Кобилінську Лесю Іванівну  
Дубея Леоніда Ярославовича**

*50 річчям*

**Ошуркевича Ореста Євгеновича  
Кеч Наталію Романівну  
Гаврилюк Ірину Михайлівну  
Жуковського Володимира Степановича**

*55 річчям*

**Савицького Ярослава Михайловича  
Нетлюха Андрія Васильовича**

*60 річчям*

**Варецьку Дарію Олександрівну**

*65 річчям*

**Яхна Григорія Григоровича**

*70 річчям*

**Калинюка Тимофія Григоровича**

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

*Редколегія*

## **Хроніка червня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ**

**1 червня – 95 років** від дня народження **Євгена Львовича Ревуцького**. Народився в м. Ічня Чернігівської області. У 1924 р. переїхав з родиною до Києва, де батько працював у музично-драматичному інституті. У 1937 р. вступив на біологічний факультет Київського університету. У серпні 1941 р. добровольцем вступив до Червоної армії. У 1943 р. після поранення був демобілізований і вступив на лікувальний факультет Київського медичного інституту, який закінчив у 1947 р. Поступив в аспірантуру при кафедрі терапії, яку очолював проф. В.М. Іванов. У 1962 р. очолив відділ клінічної фізіології Інституту фізіології ім. О.О. Богомольця. У 1967 р. став керівником відділу діагностики та хіміотерапії НДІ онкології. У 1967 р. захистив докторську дисертацію; в 1969 р. йому присвоєно вчене звання професора. У 1970 р. призначений заступником директора та керівником відділу атеросклерозу Київського НДІ клінічної медицини ім. М. Стражеска. Від 1973 р. – завідувач кафедри внутрішніх хвороб КМІ і декан факультету удосконалення викладачів. У 1980 р. отримав Державну премію УРСР за створення підручника “Внутрішні хвороби”, що перевидавався тричі. У 1987-1992 рр. був Головою правління наукового товариства терапевтів України.

Праці Є.Л. Ревуцького присвячені питанням гастроентерології, клінічної онкології, кардіології. Він був автором близько 150 наукових праць, у тому числі 5 монографій. Нагороджений орденом Трудового Червоного прапора, медалями.

Помер 20 листопада 2006 р. на 88 році життя.

**5 червня – 120 років** від дня народження **Михайла Миколайовича Ціборовського**. Народився у Варшаві, в сім'ї працівника Державного банку. У 1898 р. сім'я повернулася в м. Глухів Чернігівської губернії, а в 1913 р. після смерті батька, сім'я переїхала до Києва. Був мобілізований до війська, але після тяжкої хвороби у 1918 р. (тифу) був демобілізований і влаштувався діловодом у Міністерство фінансів. Вступив на фізико-математичний факультет Українського народного університету, весь час працював у різних установах, а в 1925 р. вступив до Київського медичного інституту. Після закінчення медінституту працював районним лікарем охорони здоров'я дітей та підлітків в м. Василькові. Згодом повернувся до Києва. Від 1930 р. працював лікарем-гомеопатом в поліклініках Червоного Хреста. У 1939 р. був мобілізований в армію і з початком Другої світової війни працював лікарем-ординатором медико-санітарного батальйону, потрапив у німецький полон, був відпущений з полону і працював лікарем-гомеопатом в поліклініці. Після закінчення війни до 1949 р. працював в системі залізничної медико-санітарної служби. Багато зробив для розвитку гомеопатичної служби.

Від 1965 р. важко хворів і 30 грудня 1972 р. на 79 році життя помер.

**7 червня – 70 років** від дня народження **Тимофія Григоровича Калинюка**. Народився в с. Шмирки Хмельницької області. У 1966 р. закінчив фармацевтичний факультет Львівського медичного інституту. У 1966-1967 рр. працював заступником завідувача Новоушицької центральної районної аптеки Хмельницької області. У 1967-1980 рр. – асистент кафедри технології ліків і біофармації. У 1972 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Некоторые теоретические обоснования спектрофотометрического анализа лекарственных смесей”. У 1980 - 1990 рр. – доцент цієї кафедри. У 1989 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Теоретические основы спектрофотометрического анализа многокомпонентных лекарственных средств”. Від 1991 р. – професор і завідувач кафедри. За сумісництвом у 1990-2004 рр. працював деканом фармацевтичного факультету. Наукові дослідження пов'язані із

спектрофотометричним аналізом багатокomпонентних лікарських засобів, вивченням багатофакторних процесів фармацевтичної технології, історичними розвідками в галузі фармації та фармацевтичної освіти. Тимофій Григорович є автором понад 300 наукових та навчально-методичних робіт, в т.ч. монографій, підручників, навчальних посібників, патентів. Підготував 6 кандидатів наук.

**7 червня – 60 років** від дня народження **Ярослава Даниловича П'яни**ла. Народився в с. Заздрість Тернопільської області. У 1975 р. закінчив фізико-математичний факультет Дрогобицького педагогічного інституту. У 1975-1978 рр. – інженер, у 1978-1986 рр. – молодший науковий співробітник, у 1986-1987 рр. – старший математик, у 1987-1988 рр. – провідний інженер, у 1988-1990 рр. – науковий співробітник; у 1990-1999 рр. – старший науковий співробітник; у 1999-2002 рр. – докторант, у 2002-2007 рр. – старший науковий співробітник, у 2008 р. – завідувач відділу Центру математичного моделювання Інституту прикладних проблем механіки і математики НАН України, за сумісництвом – старший викладач (від 2008) кафедри медичної інформатики Львівського медичного університету. У 1986 р. став кандидатом фізико-математичних наук, у 1993 р. – старший науковий співробітник, у 2007 р. – доктор технічних наук. Наукові дослідження пов'язані з математичним моделюванням, обробкою цифрової інформації, інтегральними перетвореннями.

**9 червня – 60 років** від дня народження **Інни Борисівни Чернявської-Набоки**. Народилася у Києві. У 1976 р. закінчила біологічний факультет Київського державного університету ім. Тараса Шевченка. У 1976-1981 рр. працювала молодшим науковим співробітником Київського НДІ ендокринології та обміну речовин АМН УРСР. У 1981 р. заарештована і засуджена до 3 років ув'язнення за статтею 187-1 КК УРСР (розповсюдження брехливих відомостей, що паплюжать радянський державний і суспільний лад). У 1983 р. звільнена, з труднощами влаштувалася на роботу лікаря-лаборанта, де пропрацювала понад 20 років. У 1987 р. – ініціатор створення незалежного легального об'єднання “Український культурологічний клуб”. Від 1989 р. брала активну участь у випуску першої легальної газети “Голос Відродження”. Брала участь у роботі незалежних прес-центрів “Вибори-94” і “Гаряча лінія”, член Всеукраїнського товариства політ'язнів і репресованих.

**12 червня – 120 років** від дня народження **Семена Наумовича Харона**. Народився в Ковелі. У 1914 р. закінчив медичний факультет Тулузького університету (Франція). Під час Першої світової війни служив у лазаретах Сум, Варшави, Калуги. Від 1926 р. – ординатор, головний лікар Сумської дитячої лікарні. Перший директор медичного технікуму. У 1933 р. при лікарні організував господарство для допомоги голодуючим пацієнтам. Арештований 29 березня 1938 р. за звинуваченнями у шпигунстві, сiоністській діяльності. Постановою трійки при управлінні НКВС по Харківській області засуджений до розстрілу.

27 травня 1938 р. розстріляний на 41 році життя. 17 січня 1958 р. реабілітований військовим трибуналом Київського ВО.

**12 червня – 80 років** від дня народження **Антонія Степановича Лявинеця**. У 1957 р. закінчив лікувальний факультет Ужгородського університету. Учень М.М. Амосова і М.С. Бакшеєва. Від 1980 р. – професор кафедри госпітальної педіатрії. У 1982 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Современные методы лечения гипоксии плода и асфиксии новорожденного”. Від 1989 р. – завідувач курсу перинатології-неонатології. А.С. Лявинець був автором близько 100 наукових праць, присвячених проблемі забезпечення життя плоду при акушерських операціях, реанімації та інтенсивній терапії при гіпоксичних станах плоду і немовляти.

**14 червня – 90 років** від дня народження **Олександра Яковича Ухова**. Народився в с. Бронниця Вінницької області. У 1951 р. закінчив медичний факультет Станіславського медичного інституту. У 1951-1952 рр. працював терапевтом санаторію №4 в м. Трускавець

Львівської області, в 1952-1954 рр. – головний лікар санаторію №4 м. Трускавець, у 1954-1956 рр. – клінічний ординатор кафедри інфекційних хвороб, у 1956-1963 рр. – асистент кафедри епідеміології, у 1963-1974 рр. – доцент кафедри, у 1965-1967 рр. декан стоматологічного факультету, у 1974-1976 рр. – завідувач кафедри епідеміології, у 1976-1990 рр. завідувач кафедри мікробіології, у 1990-1995 рр. – професор кафедри мікробіології. О.Я. Ухов був автором близько 140 наукових та навчально-методичних праць, в т.ч. 7 авторських свідоцтв на винаходи. Підготував 5 кандидатів наук.

Помер 26 листопада 1999 р. на 76 році життя.

**16 червня – 90 років** – від дня народження **Костянтина Сергійовича Тернового**. Від 1970 р. завідувач відділу молекулярних основ семіотики Інституту біохімії ім. О.В. Палладіна НАНУ, академік НАН (1982) та АМН (1993) України. Був автором близько 400 наукових праць з клітинної ортопедії та травматології, в т.ч. 18 монографій.

Помер 26 жовтня 1997 р. на 76 році життя.

**16 червня – 80 років** від дня народження **Романа Івановича Орача**. У 1956 р. закінчив медичний факультет Львівського медичного інституту. У 1956-1958 рр. – хірург лікарні с. Меденичі Львівської області, у 1958-1959 рр. – завідувач хірургічного відділення Сколівської ЦРЛ, у 1959-1964 рр. – хірург лікарні, у 1964-1969 рр. – завідувач відділення торакальної хірургії ЛОКЛ, у 1974-1973 рр. – головний хірург Львівського ОЗВ, у 1973-1976 рр. – асистент кафедри факультетської хірургії, у 1976-1977 рр. – асистент кафедри хірургії ФПДО, у 1977-1991 рр. – доцент кафедри; від 1991 р. – професор кафедри хірургії ФПДО; у 1993-1996 рр. проректор. У 1978-1993 рр. та 1996-2003 рр. декан ФПДО Львівського медичного університету. У 1985 р. Р.І. Орачу присвоєно звання заслуженого працівника вищої школи, а в 2002 р. обрано академіком АН ВШ України.

Р.І. Орач є автором близько 150 наукових і навчально-методичних праць, присвячених проблемам абдомінальної і торакальної хірургії, організації післядипломної підготовки лікарів і провізорів, впровадженню засад сімейної медицини в Україні.

**22 червня – 145 років** від дня народження Олександра Авксентійовича Сушка. У 1926 р. закінчив Київський медичний інститут. Учень М.С. Спірова. У 1941-1945 рр. – учасник Великої Вітчизняної війни. У 1946-1951 рр. працював директором Київського стоматологічного інституту. У 1951-1971 рр. – доцент кафедри нормальної анатомії. Оpubлікував понад 400 наукових праць, присвячених анатомії лімфатичної системи в нормі і при патології.

Помер 7 лютого 1978 р. на 79 році життя.

**23 червня – 200 років** від дня народження **Федора Степановича Цицуріна**. Народився в м. Бирюч (тепер Красногвардійське Белгородської області). У 1935 р. закінчив медичний факультет Харківського університету. У 1839-1841 рр. працював над дисертацією у Дерптському університеті. У 1841 р. захистив дисертацію на тему: “О брюшном тифе”. У 1844-1857 рр. очолював кафедру терапії Київського університету; за сумісництвом – декан медичного факультету у 1847-1850 рр. Від 1857 р. президент Варшавської медико-хірургічної академії. Викладав семіотику, приватну теоретичну терапію, проводив критичні розбори клінічних випадків. Його учні: А.І. Слободзинський, Л.К. Горецький. Ф.С. Цицурін учасник боротьби з холерою в Києві (1847), був почесним членом Товариства російських лікарів у Петербурзі та низки медичних товариств у Росії та Європі.

Помер в Петербурзі 19 грудня 1885 р. на 82 році життя.

**23 червня – 100 років** від дня народження **Дарії Миндюк**. Народилася в м. Поля (Італія) в сім'ї лікаря, полковника Австро-Угорщини. У 1932 р. закінчила Калуську гімназію, вступила до Стоматологічної академії у Варшаві. У 1932 р. отримала диплом стоматолога, працювала в Калуші, а в 1940-1942 рр. – в Лодзі. В 1942-1944 рр. – працювала в амбулаторії “Народної лікарні” (Львів). В кінці 1941 р. працювала у таборі переселенців у Бад-Кройцнах (Німеччина),

а в 1952 р. емігрувала в США. У США активно займалася громадською діяльністю, підтримувала НТШ, УГКЦ, була меценатом. У 1991 р. переїхала до дочки в Х'юстон (Техас). Подальша доля невідома.

**24 червня – 80 років** від дня народження **Онуфрія Степановича Банаха**. Народився в с. Галич Тернопільської області. У 1957 р. закінчив хімічний факультет Львівського університету. У 1957-1960 рр. – викладач хімії Підгаєцької СШ та Підгаєцького медичного училища Тернопільської області. У 1960-1963 рр. – аспірант кафедри фізичної хімії Львівського університету; у 1963-1967 рр. викладач хімії Луцької філії Львівського університету; у 1968-1971 рр. – викладач хімії Київського автодорожнього інституту; у 1971-1975 рр. – викладач хімії Львівського політехнічного інституту; у 1975-1976 рр. – інженер-хімік, в 1976 р. – молодший науковий співробітник, в 1976-1977 рр. – старший науковий співробітник науково-дослідного сектора кафедри загальної гігієни Львівського медичного інституту. У 1977 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Исследование хроматографических свойств цеолитов типа У, содержащих катионы щелочных металлов и серебра”. У 1977-1990 рр. – асистент кафедри загальної біонеорганічної та фізколоїдної хімії, за сумісництвом (1977-1988) старший науковий співробітник науково-дослідного сектора кафедри загальної гігієни ЛМУ. У 1990-1993 рр. доцент кафедри, у 1993-2003 рр. – професор цієї кафедри. У 1992 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Фізико-хімічні основи модифікації цеолітів для хроматографічного визначення забруднень повітря”. У 1994 р. отримав вчене звання професора. Автор близько 200 наукових праць, в т.ч. 4 монографій, 5 авторських свідоцтв на винаходи. Підготував 6 кандидатів наук.

## ЛІТЕРАТУРА

1. УРЕ в 12 т. / гол ред. М.П. Бажан. – Т.9: Поплужне-Салуїн. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1983. – 560 с. – Зі змісту: [Ревуцький Євген Львович]. – С. 312.
2. 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: [Ревуцький Євген Львович]. – С.167-168.
3. 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: [Ціборовський Михайло Миколайович]. – С.208-211.
4. Зіменковський Б. Калинюк Тимофій Григорович / 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. 137-138.
5. Готра О. П'янило Ярослав Данилович / О. Готра // 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. 278.
6. Рух Опору в Україні: 1960-1990: енциклопедичний довідник / гол. ред. Осип Зінкевич. – 2-е вид., допов. – К.: Смолоскип, 2012. – Зі змісту: [Чернявська (Набока) Інна Борисівна]. – С. 792-793.
7. 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: [Харон Семен Наумович]. – С.379.
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: [Лявинець Антоній Степанович]. – С. 144.
  9. Данилейченко В. Ухов Олександр Якович / В. Данилейченко // 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. 327-328.
  10. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Костянтин Сергійович Терновий]. – С. 296.
  11. Павловський М. Орач Роман Іванович / М. Павловський // 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. 243-244.
  12. 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: [Сушко Олександр Авксентійович]. – С. 237-238.
  13. Бородій М.К. Цицурін Федір Степанович / М.К. Бородій // УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.12: Фітогормони-Ь. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1985. – С. 227.
  14. 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: [Цицурін Федір Степанович]. – С. 269.
  15. 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: [Миндюк Дарія ]. – С.130-131.
  16. Даценко І. Банах Онуфрій Степанович/ І. Даценко, О. Тимкевич // 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. 11-12.

**ЄВГЕНІЯ ЛЕОНІДІВНА МАЧЕРЕТ**

**До 85-річчя від дня народження**



Євгенія Леонідівна Мачерет народилася 4 червня 1929 р. в Житомирі.

Після закінчення КМІ працювала головним лікарем Вишевичевської дільничної лікарні Житомирської області. Від 1958 р. – клінічний ординатор кафедри неврології Київського інституту удосконалення лікарів. У 1964 р. захистила кандидатську дисертацію на тему: “Сочетание поражения сосудов головного мозга, сердца и нижних конечностей”. Учениця проф. Д.Б. Панченка (1906-1995). У 1971 р. захистила докторську дисертацію на тему: “Эхоэлектроэнцефалография в клинической практике”.

У 1976 р. їй було присвоєно вчене звання професора. У 1977 р. вона очолила курс рефлексотерапії на кафедрі нервових хвороб №1 Київського інституту удосконалення лікарів (нині – кафедра неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) ім. П.Л. Шупика. Під керівництвом проф. Є.Л. Мачерет була створена служба рефлексотерапії в Україні; а за 1977-2010 рр. підготовлена 26 тисяч спеціалістів з рефлексотерапії, в т.ч. – іноземців (Китай, В’єтнам, Індія, Сирія) та 250 інтернів та магістрів.

Починаючи з 1978 р. вперше в УРСР було розпочато науково-експериментальні дослідження механізмів дії рефлексотерапії (голко-, електро- та лазерорефлексотерапії). Отримані результати знайшли своє відображення у 1700 наукових роботах. Опубліковано 19 монографій, в т.ч. 2 – за кордоном, 15 навчальних посібників, 60 методичних рекомендацій, 31 авторське свідоцтво. У 1980 р. в УРСР була створена служба рефлексотерапії, призначені головні спеціалісти з рефлексотерапії в кожній області, робота яких координувалася проф. Є.Л. Мачерет. У 1978 р. Євгенія Леонідівна була обрана на посаду завідувача кафедри неврології та рефлексотерапії. За цей час в УРСР було відкрито мережу кабінетів рефлексотерапії, розроблено значний перелік методів лікування різних захворювань. У співпраці з Київським національним університетом ім. Т.Г. Шевченка під керівництвом проф. Є.Л. Мачерет було розроблено серію лазерних та акупунктурних апаратів для акупунктурної діагностики та лікування, які були високо оцінені фахівцями і відзначені медалями на виставках Італії, Німеччини, Франції, США, Канади, Іспанії. Після аварії на Чорнобильській АЕС було розроблено низку спеціальних методик лікування, реабілітації та профілактики потерпілих від аварії на ЧАЕС. Був розроблений і впроваджений новий метод лікування – полісегментарна електропунктура, удосконалені методи комп’ютерної акупунктурної діагностики (за методом Накатані, Акабане, Фоля, аурикулодіагностики).

Проф. Є.Л. Мачерет створила оригінальний напрямок в немедикаментозній терапії: рефлексотерапію та лазеротерапію. Під її керівництвом проведені спеціальні дослідження по впливу лазерного вимірювання з різною довжиною хвилі на мембрану нейрона.



Розроблені низькоінтенсивні лазерні апарати, які впроваджено в серійне виробництво на заводі “Сатурн”.

У 1984 р. Є.Л. Мачерет була обрана Президентом Європейської Асоціації з лазеротерапії. Вона була головним спеціалістом МОЗ України, що давало можливість організувати проведення наукових форумів (з’їздів, симпозіумів, конференцій) із міжнародною участю. На ці форуми приїздили науковці з Росії, Литви, Латвії, Естонії, Німеччини, Чехії, Молдови, Китаю. Українська асоціація акупунктури і лазеротерапії є асоційованим членом Всесвітньої асоціації акупунктури “Ichmart”.

У 1987 р. заслуги Є.Л. Мачерет були високо оцінені іноземними фахівцями і вона була обрана віце-президентом Всесвітньої асоціації акупунктури. У 1989 р. вийшла з друку солідна монографія Є.Л. Мачерет “Руководство по рефлексотерапии”. У 1989 р. їй присвоєно почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки України”. Значний внесок Є.Л. Мачерет у розробку проблеми клінічних особливостей перебігу пухлин головного мозку в залежності від локалізації процесу та віку хворого. Разом з співробітниками вона розробила експериментальну модель церебрального арахноїдиту, що дозволило застосувати раціональні методи профілактики та лікування цієї патології. Вперше у світовій практиці представила доказові дані про синхронні ураження судин серця, головного мозку та кінцівок. Вивчала механізми розвитку церебральної патології у осіб, що пережили Чорнобильську катастрофу та розробили комплекс заходів по їх реабілітації. У 1991 р. Є.Л. Мачерет обрано президентом Української асоціації акупунктури та лазеротерапії. У 1992 р. професора Є.Мачерет обрано академіком Академії наук Вищої школи. У 1993 р. вийшли з друку її книги “Клініко-фармакотерапія неврологічних і нейрохірургічних захворювань” та “Основы электро- и акупунктуры”. У 1993 р. вона стала Лауреатом Державної премії України. У 1995 р. вийшла з друку книга “Справочник врача-невропатолога поликлиники”, у 1997 р. – монографія “Практична неврологія”. У 1997 р. Є.Л. Мачерет була обрана членом-кореспондентом АМН України. У 2003 р. вона була нагороджена орденом княгині Ольги.

У 2007 р. відбувся II Міжнародний з’їзд, присвячений 30-річчю служби рефлексотерапії в Україні, на якому президент Всесвітньої асоціації акупунктури “Ichmart” оголосив подяку Українській асоціації акупунктури і лазеротерапії на чолі з президентом Є.Л. Мачерет. У 2008 р. вона була нагороджена Грамотою Кабінету Міністрів України за вагомий особистий внесок у забезпечення розвитку медичної науки та охорони здоров’я.

Внесок Євгенії Леонідівни Мачерет у скарбницю вітчизняної медичної науки великий. Вона опублікувала понад 1000 наукових та навчально-методичних праць, в т.ч. 38 монографій, підручників, 45 авторських свідоцтв на патенти СРСР, України і зарубіжних країн, 195 посвідчень на раціоналізаторські пропозиції. Під науковим керівництвом та консультуванням захищено 62 дисертаційні роботи, в т.ч. 12 докторських.

8 вересня 2011 р. Євгенія Леонідівна відійшла у Вічність. Доля відпустила їй 82 роки і 3 місяці життя.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Червяк П.І. Медична енциклопедія / П.І. Червяк. – К.: Просвіта, 2001. – 1024 с. – Зі змісту: [Мачерет Євгенія Леонідівна]. – С. 973-974.

2. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Мачерет Євгенія Леонідівна]. – С. 304.
3. Хто є хто в Україні. – К.: К.І.С., 2006. – 1136 с. – Зі змісту: [Мачерет Євгенія Леонідівна]. – С. 615-616.
4. Ювілей: Мачерет Євгенія Леонідівна, член-кореспондент Академії медичних наук України, доктор медичних наук, професор // Сімейна медицина, 2009. – №2. – С. 104.
5. Ювілей: Мачерет Євгенія Леонідівна, член-кореспондент Академії медичних наук України, доктор медичних наук, професор // Укр. мед часопис, 2009. – №3 (71). – С. 9.
6. Некролог. Євгенія Леонідівна Мачерет // Журн. НАМН України, 2011. – Т.17. – №1. – С. 309-310.
7. Пам'яті видатної людини // Фітотерапія. – 2011. – №36. – С. 83.
8. Пам'яті видатного вченого, лікаря, педагога, вчителя – Євгенії Леонідівни Мачерет // Укр. неврол. журн. – 2011. – №4. – С. 109.
9. Світлій пам'яті присвячується // Сімейна медицина. – 2011. – №4. – С. 148.
10. Пам'яті видатного вченого, лікаря, педагога вчителя (Євгенія Леонідівна Мачерет) // Укр.мед. часопис. – 2011. – №5 (85). – С. 128.
11. Імена в медицині у відгоміні часу, 2014 р.: Календар знаменних та пам'ятних дат / Уклад.: С.М. Булах, Л.Є. Корнілова, М.С. Слободенюк. – Київ, 2013. – 116 с. – Зі змісту: [Євгенія Леонідівна Мачерет]. – С. 87.
12. Коваленко О.Є. Євгенія Леонідівна Мачерет. Ми пам'ятаємо ... / О.Є. Коваленко // Український медичний часопис. – 2014. – №3. – С. 144.

**ВЛАДИСЛАВ ОЛЕКСАНДРОВИЧ МАЛАНЧУК**

**До 65-річчя від дня народження**



Володимир Олександрович Маланчук народився 14 червня 1949 р. в м. Херсоні в родині службовців. Мати, Галина Іванівна, зубний лікар, у роки Великої Вітчизняної війни – старший лейтенант медичної служби в госпіталях, у 1946-1990 рр. – лікар Херсонської обласної стоматологічної поліклініки. Батько, Олександр Єфремович у роки війни – гвардії капітан, командир батареї. Після війни і закінчення інституту був інструктором Херсонського ОК КПУ. Владислав Олександрович у 1966 р. вступив на лікувальний факультет Кримського медичного інституту, через рік – студент стоматологічного факультету Одеського медичного інституту імені М.І. Пирогова, який закінчив у 1971 р. У 1971-1976 рр. – стоматолог терапевтичного і хірургічного прийому лікарні Водників, лікар міського травматологічного пункту міської стоматологічної поліклініки м. Херсон. У 1974 р. стажувався при кафедрі щелепно-лицевої хірургії Київського інституту вдосконалення лікарів у професорів Е.А. Александрової, А.М. Солнцева. У 1976-1978 рр. працював клінічним ординатором кафедри хірургічної стоматології Київського медичного інституту імені О.О. Богомольця (завідувач – проф. Ю.Й. Бернадський (1915-2006)). У

У 1978-1981 рр. працював лікарем щелепно-лицевого відділення Київської клінічної лікарні №23 ім. Каланіна – клінічної бази кафедри. Від жовтня 1981 р. – асистент кафедри хірургічної стоматології Київського медичного інституту. у 1984 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Хирургическое лечение переломов скулового комплекса в зависимости от давности травмы”. Із 1984 р. неодноразово брав участь у роботі міжнародних конгресів, симпозіумів, забезпечував професійні стосунки фахівців України зі щелепно-лицевими хірургами світу. Займається реконструктивно-відновною та пластичною хірургією м'яких тканин та кісток щелепно-лицевої ділянки, лікуванням природжених та набутих дефектів і деформацій та нижньої та верхньої щелепи губи, носа, піднебіння, анкілозів скронево-щелепного суглоба, розробки та обґрунтування дистракційного методу в кістково-пластичній хірургії обличчя, корекції репаративного остеогенезу.

У травні 1986 р. з групою студентів брав участь у роботі з ліквідації наслідків катастрофи на Чорнобильській АЕС. У 1986 р. стажувався у Московському медичному стоматологічному інституті імені М.О. Семашка на курсах для асистентів кафедр.

Вперше в СРСР (1986) пересадив плюсик-фаланговий суглоб пацієнта замість пошкодженого скронево-нижньощелепного. У 1987 р. вперше в УРСР в лікарні швидкої медичної допомоги розпочав термінові операції при черепно-лицевих пошкодженнях (разом з нейрохірургом проф. М.Є.Поліщуком).

Від 1992 р. В.О. Маланчук став представником України в Раді Європейської асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів (ЕАСМФС) та Інтернаціональної асоціації щелепно-лицевих хірургів (ІАМФС). У 1993 р. Президент Європейської Асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів Р. Фріс брав участь в організаційних зборах за створення подібної Асоціації в Україні, на яких В.О. Маланчука було обрано Президентом Української Асоціації. У 1993-на запрошення проф. Д.Павлора та проф. Д. Шенлі (голови комітету

ВООЗ із стоматологічної освіти) упродовж місяця стажувався в дентальному коледжі Дублінського університету. У 1994 р. як член Європейської асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів стажувався в щелепно-лицевій клініці у проф. Г. Коха (м. Мюнхенгладбах).

У 1994 р. В.О. Маланчук захистив докторську дисертацію на тему: “Реконструктивно-восстановительные операции на нижней челюсти (клинико-лабораторное исследование”, а в 1995 р. став завідувачем кафедри хірургічної стоматології. Від 1995 р. він – член спеціалізованої ради “Стоматологія” Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

У 1995 р. на базі НДІ нейрохірургії розпочав планові операції при розташованих екстра- та інфракрапіально доброякісних пухлинах (з директором інституту, академіком НАМУ Ю.Л.Зозулею, членом-кореспондентом НАМН В.І. Цимбалюк, професором О.А. Цимейко); розробив нові методи остеомії верхньої щелепи на нижньому, середньому та верхньому рівнях з одночасним розширенням звуженого альвеолярного відростку. У 1995 р. отримав почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки України”.

Із 1996 р. – професор-консультант Центрального Республіканського бюро судмедекспертизи, консультант медичної служби СБУ, медичної служби ДУС. У 1996-1997 рр. працював у державних комісіях із ідентифікації загиблих громадян України в авіакатастрофах на Шніцбергені (29.08.1996) та Солоніках (20.12.1997) і отримав Подяку Міністра охорони здоров'я.

У 1998-2000 рр. В.О. Маланчук був членом експертної ради “Хірургія” ВАК України, а у 2000-2005 рр. працював членом спеціалізованої ради Інституту стоматології НАМН України (Одеса).

У 2001 р. отримав вчене звання професора. З грудня 2002 р. по 15 квітня 2005 р. працював завідувачем відділу з питань охорони здоров'я, сім'ї, молоді, фізкультури і спорту та туризму Управління з гуманітарної політики Головного управління внутрішньої політики Адміністрації Президента України. Підготував низку документів з питань гуманітарної політики держави. Сприяв створенню Інституту генетичної та регенеративної медицини у складі НАМН України, Інституту імунології в складі НМУ ім. О.О. Богомольця.

В.О. Маланчук автор понад 710 наукових праць, в т.ч. 4 національних підручників, 6 монографій, 5 навчальних посібників, програм для студентів, більше 140 винаходів, 34 авторських свідоцтва на винаходи СРСР та 105 патентів України. За його редакцією вийшло 15 збірників тез доповідей. Підготував 2 докторів та 15 кандидатів наук, провів 18 міжнародних конгресів і конференцій, які він організував і провів.

В.О. Маланчук нагороджений орденом “За заслуги” III ст. (2000), орденом Святого Рівноапостольного князя Володимира Великого II ст. (2012).

Свій ювілей Владислав Олександрович зустрічає в розквіті своїх творчих сил.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Григор'єв Ю. Професор Владислав Маланчук: від хірургічних досягнень – до участі в державних формах / Ю. Григор'єв // Мистецтво лікування. – 2004. – №2. – С. 88-89.
2. 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: [Маланчук Владислав Олександрович]. – С. 148-149

**В.І. ФЕДОРЕНКО, Ю.М. ПАНИШКО**

**БОРИС МОЙСЕЙОВИЧ ШТАБСЬКИЙ**  
**До 85-річчя від дня народження**



Борис Мойсейович народився 24 червня 1929 р. в м. Вінниця в родині службовців. Трудова діяльність розпочалася з 13 років – спочатку в евакогоспіталі №3358, далі – на ремонтно-механічному заводі. У 21 рік вступив до Львівського медичного інституту. Проявив здібності до наукової роботи і після закінчення ЛМІ у 1956 р. був скерований на кафедру загальної гігієни, де і почався науковий шлях майбутнього вченого. У 1956-1957 рр. працював на кафедрі старшим лаборантом, у 1957-1968 рр. – асистентом. Через рік з'явилися його перші наукові статті, присвячені питанням гігієни дітей та підлітків. Коли у шахтарів Львівсько-Волинського вугільного басейну з'явилися хімічні дерматити, зацікавився причиною та умовами їх виникнення. Запропонував заходи профілактики цих захворювань. Так почався шлях в галузі профілактичної токсикології. У 1965 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Окись углерода как клеточный яд”. В роботі було встановлено пряму цитотоксичну дію СО на тканини легень та інших органів.

У 1968-1978 рр. – доцент кафедри гігієни. У 1975 р. Борис Мойсейович захищає докторську дисертацію на тему: “Методические основы изучения кумуляции в токсиколого-гигиенических исследованиях”. В цій роботі доведено необхідність застосування сукупності кількісних критеріїв за визначальної значущості показників кінетики первинної токсигенної реакції та поєднаних ліміту вальних ефектів. Після 1978 р. Б.М. Штабський перейшов на кафедру гігієни харчування з курсом гігієни дітей та підлітків, де у 1979-1981 рр. та у 2001-2008 рр. працював професором, а у 1982-2000 рр. – завідувачем кафедри. На цій кафедрі вчений з 1991 р. започаткував викладання спецкурсу профілактичної токсикології, що в наступних роках стало підставою утворення кафедри гігієни та профілактичної токсикології.

Наукові дослідження проф. Б.М. Штабського пов'язані з розробкою фундаментальних методологічних проблем вивчення токсичності та небезпечності шкідливих хімічних речовин і їх гігієнічного нормування в об'єктах навколишнього середовища та харчових продуктах. Ним побудовано оригінальні концепції кумуляції, комбінованої дії та теорію системного регламентування ксенобіотиків у різних середовищах за звичайних та екстремальних умов, розроблено прискорені методи обґрунтування нормативів. Проф. Б.М. Штабським вперше введено принципово нову залежність доза-статус на підставі діагностики передпатологічних станів у токсикологічному експерименті, розвинуто методичні підходи до регламентації речовин шкірно-резорбтивної дії у воді водоєм та вивчення процесів трансформації при обґрунтуванні нормативів ксенобіотиків у водному середовищі. Розроблені методичні підходи, критерії та методи знайшли своє втілення в офіційних вітчизняних та міжнародних методичних документах і використовуються в практиці наукових досліджень.

Проф. Б.М. Штабський є автором понад 350 наукових та навчально-методичних праць, в т.ч. 8 монографій, підручника, 4 довідників, понад 50 гігієнічних нормативів ксенобіотиків у воді, 2 авторських свідоцтва на винаходи, 12 методичних документів МОЗ СРСР, комісії РЕВ, UNEP, МОЗ України. Вчений підготував 4 кандидатів та 3 докторів наук.

У 2001 р. Б.М. Штабський став лауреатом премії ім. Ю.Кагана Українського товариства токсикологів.

Проф. Б.М. Штабський висококваліфікований педагог, досвідчений методист, автор ряду посібників і науково-методичних робіт для студентів і лікарів, співавтор підручника "Гігієна харчування". Свій великий досвід і знання передав молодому поколінню лікарів, учням, колегам. Він брав активну участь у громадській роботі та вихованні молоді, надавав допомогу в науково-практичній діяльності санітарно-епідеміологічної служби Львівської області. Протягом багатьох років був членом секції "Гігієна води і санітарна охорона водойм", секції по встановленню ГДК пестицидів у повітрі робочої зони, проблемних комісій "Наукові основи гігієни навколишнього середовища", "Наукові основи гігієни харчування".

Проф. Б.М. Штабський був експертом Постійної комісії з питань державних випробувань і державної регламентації пестицидів та агрохімікатів, членом двох комісій Комітету з питань гігієнічного нормування МОЗ України, членом правління Українських наукових товариств гігієністів і токсикологів, членом правління Львівського обласного наукового товариства токсикологів. Б.М. Штабського нагороджено медаллю "За перемогу над Німеччиною", ювілейними медалями та почесними грамотами. Всі, хто знає Бориса Мойсейовича, люблять цю талановиту, щедру, прекрасну і мудру людину, людину невичерпної енергії та нових ідей.

Сердечно вітаємо ювіляра, бажаємо йому міцного здоров'я, подальших творчих успіхів на ниві гігієнічної науки.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. К 60-летию со дня рождения Бориса Михайловича Штабского // Гигиена и санитария. – 1990. – №3. – С. 89.
2. Львівський державний медичний інститут / Уклад.: М. Павловський, І. Даценко, Л. Петрух. – Львів: Словник, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Штабський Борис]. – С. 100, 102, 103, 104, .
3. Штабський Борис Михайлович // Хто є хто в охороні здоров'я і медицини України. – К.:Медінформатика, 1997. – С. 215.
4. Львівський державний медичний університет: довідник 2000 / ред. Б.С. Зіменковський. – Львів: Наутілус, 2000. – Зі змісту: [Б.М. Штабський]. – С. 134, 135.
5. Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького: довідник 2004 / ред. Б.С. Зіменковський. – Львів: Наутілус, 2004. – Зі змісту: [Б.М. Штабський]. – С. 125,126.
6. Гжегоцький М. Штабський Борис Мойсейович / М. Гжегоцький // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2006 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2006. – С. 310-311
7. Півстоліття пошуку і перемог: До 80-ліття з дня народження професора Бориса Михайловича Штабського //Довкіллі та здоров'я. – 2009. – №4– С. 37. .
8. Професор Борис Михайлович Штабський. До 80-річчя від дня народження // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2009. – № 3. – С. 110-112.
9. Гжегоцький М. Штабський Борис Мойсейович / М. Гжегоцький // // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 359.

## Хроніка червня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

**1 червня – 180 років** від дня народження **Володимира Федоровича Лугініна**, російського фізико-хіміка. Народився у Москві. У 1858 р. закінчив Михайлівську артилерійську академію в Петербурзі. Служив в армії до 1860 р. У 1860-1872 рр. удосконалював освіту в Карлсруе, в Гейдельберзькому університеті у Р.В. Бунзена. Працював у Цюріхському університеті у Й. Вісліценуса, в Парижі у Вищій медичній школі і в Колеж де Франс у П.Е.М. Бертло (від 1869). У 1874-1881 рр. працював у своїй приватній лабораторії в Петербурзі. У 1882-1888 рр. працював в Парижі у власній лабораторії. У 1889-1906 рр. – професор Московського університету, наукові роботи пов'язані з термохімією. Визначав теплоту реакцій гідратації (1872), нейтралізації (1873-1879). Розробив прилади та методи визначення теплоємності твердих та рідких речовин. Удосконалив точність термохімічних вимірювань до  $0,002^{\circ}\text{C}$ . Разом з П.Е.М.Бертло проводив калориметричні дослідження. У 1892 р. при Московському університеті створив першу в Росії термохімічну лабораторію. У 1903 р. видав “Краткий курс термохимии”. Помер 26 жовтня 1911 р. на 78 році життя.

**2 червня – 160 років** від дня народження **Макса Рубнера**, німецького фізіолога та гігієніста. Народився у Мюнхені. У 1878 р. закінчив Лейпцігський університет. Учень К.Ф. В. Людвіга та К. Фойта. У 1885-1891 рр. працював професором гігієни Марбурзького університету. Від 1891 р. – директор Інституту гігієни в Берліні і професор Берлінського університету. Наукові роботи присвячені проблемам загальної фізіології, фізіології обміну речовин та гігієни харчування. Вивчав хімічні процеси, що супроводжують дихання тварин. Експериментально визначив кількісні показники обміну речовин в організмі тварин. За допомогою сконструйованого ним респіраційного калориметру доказав можливість застосування закону збереження енергії до біологічних систем. Встановив стандартну теплоту згорання харчових речовин в організмі. Сформулював закони, які отримали його ім'я: 1) закон ізодинамії – білки, жири, вуглеводи можуть замінити одні інших в енергетичному відношенні; 2) закон поверхні – залежність інтенсивності обміну речовин від розміру поверхні тіла. Відкрив закон сталості коефіцієнта росту. У 1894 р. довів, що накопичення енергії в живому організмі залежить від обміну речовин і харчування. Дослідив гігієнічне значення одягу. Помер 27 квітня 1932 р. на 76 році життя.

**3 червня – 115 років** від дня народження **Георга фон Бекеші**, угорсько-американського фізика, біофізика та фізіолога. Народився в Будапешті. Навчався в Будапешті, Мюнхені, Константинополі, Цюріху. У 1916 р. вступив у Берлінський університет для вивчення фізики. Після угорської революції повернувся на батьківщину. Служив в армії. Вступив у Будапештський університет, де в 1923 р. захистив докторську дисертацію з питань гідродинаміки. Працював у науково-дослідній лабораторії міністерства зв'язку (1923-1926; 1927-1946). Встановив, що слабкою ланкою були мембрани телефонних апаратів. Г. Бекеші почав вивчати фізичні властивості органів слуху людини. У 1932-1946 рр. працював у Будапештському університеті (від 1939 р. отримав вчене звання професора),

в 1946-1949 рр. працював у Королівському інституту в Стокгольмі, в 1949-1966 рр. – в Гарвардському університеті, в 1966-1972 рр. – у Гавайському університеті в Гоопулулу. Основні наукові роботи присвячені акустиці та фізіології слуху. Запропонував метод дослідження органу слуху (аудиометр Бекеші).

**У 1961 р. Г. Бекеші отримав Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття фізичних механізмів сприйняття подразнення равликком”.**

Був володарем багатьох нагород наукових товариств, академій. Помер 13 червні 1972 р. на 74 році життя.

**3 червня – 90 років** від дня народження **Торстерна Нільса Візела**, шведсько-американського нейробиолога. Народився в Упсалі в сім’ї головного психіатра госпіталю Бекомберга Інституту психіатрії в Стокгольмі. В 1941 р. Візел вступив в медичну школу Каролінського інституту в Стокгольмі. В лабораторії К.Г. Бернарда брав участь в дослідженнях функцій нервової системи. У 1954 р. здобув медичний ступінь в Каролінському інституті і був зарахований на посаду викладача фізіології та асистента відділення дитячої психіатрії Каролінського госпіталю. У 1955 р. пройшов стажування в Інституті Вільмера, де працював під керівництвом видатного спеціаліста в галузі нейрофізіології органів зору С. Кюффлера. У 1957 р. став асистентом професора з фізіології зору в медичній школі Дж. Гопкінса. У 1958 р. в лабораторії С. Кюффелера разом з Девідом Х’юбелом почав вивчати нервові клітини в зоровій ділянці кори головного мозку. У 1959 р. С. Кюффлер став професором фармакології Гарвардської медичної школи в Бостоні. В 1964 р. Візела призначили професором фізіології. Експерименти вчених довели, що здорова ділянка кори головного мозку організована у вигляді періодичних вертикальних компонентів, які отримали назву зорових стовпчиків. У 1968 р. Візел став професором нейробиології у Гарвардському університеті, а в 1973 р. змінив С.Кюффлера на посаді керівника відділу нейробиології.

**Нобелівська премія у 1981 р. була призначена Т. Візелу та Д. Х’юбелу “за відкриття, пов’язані і інформаційними процесами у візуальних системах”.**

У 1983 р. Т. Візел отримав посаду професора нейробиології в Рокфеллерівському університеті. За своє життя Т. Візел отримав багато нагород від наукових закладів, товариств та організацій.

**3 червня – 85 років** від дня народження **Вернера Арбера**, швейцарського генетика. У 1949 р. вступив у Швейцарську політехнічну школу в Цюріху для вивчення природознавства. У 1953 р. вступив до аспірантури Женевського університету. У 1958 р. В. Арбер отримав докторський ступінь, захистивши дисертацію з дефектів мутантного штаму бактеріофагу  $\lambda$ . Два роки працював науковим співробітником кафедри мікробіології університету Південна Каліфорнія. У 1962 р. відкрив ферменти рестрикції та модифікації – новий клас взаємодіючих з ДНК ферментів, дія яких направлена проти чужої ДНК, у 1965 р. став ад’юнкт-професором молекулярної біології Женевського університету.

**У 1978 р. В. Арбер разом з Д. Натансоном та Г. Смітом отримав Нобелівську премію “за виявлення рестрикційних ферментів та їх застосуванні у молекулярній генетиці”.**



**6 червня – 195 років** від дня народження **Ернста Вільгельма Брюкке**, німецького морфолога і фізіолога. Медичну освіту здобув у Берлінському та Гейдельберзькому університетах. Під керівництвом Й. Мюллера проводив експериментальні дослідження в Анатомічному інституті Берлінського університету. У 1842 р. захистив дисертацію на тему: “Дифузія рідин крізь мертві і живі мембрани”. У 1846 р. описав скорочення війкового м’яза, ввів терміни “негатив” і “позитив”, був близьким до відкриття принципу офтальмоскопії. У 1848 р. очолив кафедру фізіології та мікроскопічної анатомії Кенігсберзького університету. Від 1849 р. – професор кафедри фізіології Віденського університету. У 1853 р. показав, що лімфатичні залози містять кіркову і центральну (мозкову) речовину. Проблемами фонетики займався у 1856-1862 рр. У 1861 р. вчений висунув концепцію про те, що клітина – це складна структура, яка забезпечує виконання багатьох функцій. У 1867 р. виявив залежність ефекту подразнення м’язів від часу дії подразника, що згодом було використано при формуванні уявлень про хронаксію. У 1869 р. виділив пепсин у чистому виді. У 1877 р. описав вплив різних кольорів на людину. Ці дослідження були на стику медицини, фізіології та образотворчого мистецтва.

Е. Брюкке створив наукову школу. У 1876-1882 рр. під його керівництвом у фізіологічній лабораторії працював творець теорії психоаналізу З. Фрейд (1856-1939).

Помер Е. Брюкке 7 січня 1892 р. на 73 році життя.

**6 червня – 70 років** від дня народження **Філіпа Шарпа**, американського молекулярного біолога. Вступив до Юніон-коледжу, де проявив здібності до хімії та математики. Продовжив освіту на хімічному факультеті Іллінойського університету. У 1961 р. почав науково-дослідницьку програму з молекулярної біології в Каліфорнійському інституті технологій. У 1974 р. Сальвадор Лурія, директор Центру ракових досліджень у Массачусетському технологічному інституті запросив Шарпа на роботу. В цій установі працювала велика група видатних вчених. У 1977 р. Шарп відкрив, що деякі гени мають переривчасту будову, тобто складені з окремих сегментів. Шарп разом з Р. Робертсом встановили існування невідомого на той час генетичного процесу – генного зрошування (злиття деяких генних сегментів).

**У 1993 р. Ф.Шарп разом із Р. Робертсом отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття екзон-інтронної структури гена”.**

Ф. Шарп отримав багато нагород від різних установ, академій, товариств.

**7 червня – 185 років** від дня народження **Едуарда Фрідріха Вільгельма Пфлюгера**, німецького фізіолога. Народився в м. Ханау. Освіту отримав у Марбурзькому та Берлінському університетах. Учень І.П. Мюллера та Е. Дюбуа-Реймона. У 1855 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Про функції нервів черевної порожнини”. У 1856-1859 рр. – екстраординарний професор кафедри фізіології Берлінського університету, від 1859 р. – професор фізіології Боннського університету, де створив Інститут фізіології, яким керував до 1910 р. Наукові праці присвячені фізіології нервової системи, кровообігу, дихання, обміну речовин, електрофізіології. Ще в студентські роки вивчав рефлекторну функцію спинного мозку. У 1853 р. відкрив і дослідив явище іррадіації рефлекторного збудження в спинному мозку. Висунув концепцію про сенсорну функцію не лише спинного мозку, а всіх відділів центральної нервової системи. Досліджував дію постійного електричного струму на нерви

та м'яз і узагальнив свої досліди в праці “Дослідження з фізіології електротону” (1859). Вчення про електротон мало велике значення для розвитку електротерапії та електродіагностики захворювань нервової системи. У 1872 р. Пфлюгер встановив, що процеси обміну речовин відбуваються у всіх тканинах, а не тільки в крові. У 1877 р. ввів поняття дихального коефіцієнту. Вивчав проблему запліднення, відкрив (1883) факт впливу сили ваги на послідовність фаз дроблення яйця і розвиток зародка. Цікавився проблемами тривалості життя. У 1890 р. написав книгу “Про мистецтво продовжити людське життя”. Заснував два фізіологічні журнали. Був членом багатьох академій та наукових товариств. Помер 16 березня 1910 р. на 81 році життя.

**11 червня – 80 років** від дня народження **Іво Звари**, чеського хіміка. У 1958 р. закінчив Московський університет. У 1958-1960 рр. працював в Інституті ядерної фізики в Ржеже (поблизу Праги); з 1960 р. – в Об'єднаному інституті ядерних досліджень в Дубне. Основні наукові роботи відносяться до радіохімії, ядерної хімії. Запропонував і розпрацював експериментальний метод, заснований на принципах газової хроматографії і термохроматографії неорганічних сполук, що дозволило вивчати хімічні властивості нових трансуранових елементів, які синтезуються на прискорювачах і доступні лише як окремі атоми з часом життя порядку долей секунд. За керівництвом І. Звари здійснена хімічна ідентифікація елемента 104 – курчатовія (Ku) у 1966 р. та елемента 105 – нільсборія (Ns) у 1970 р. Проведені перші дослідження хімічного характеру елементів 102 та 103. Проводив роботи з пошуку зверхважких елементів в природі, з аналізу продуктів ядерних реакцій з важкими іонами. У 1967 р. отримав Ленінську премію.

**12 червня – 115 років** від дня народження **Фріца Альберта Ліпмана**, американського біохіміка німецького походження. Народився в Кенігзберзі. У 1924 р. закінчив Берлінський університет, де і працював у 1924-1930 рр.; в Інституті хімії Кайзера Вільгельма (1927-1931), Рокфеллерівському інституту медичних досліджень в Нью-Йорку (1931-1932), Карасберзькій лабораторії в Копенгагені (1933-1939). У 1939 р. емігрував у США, працював у Корнелльському (1939-1941) та Гарвардському (1941-1957) університетах. Одночасно в 1949-1957 рр. працював у Массачусетському госпіталі, з 1957 – в Рокфеллерівському інституті медичних досліджень. Наукові роботи присвячені вивченню обміну речовин в клітині та біосинтезу білка. Ідентифікував серінфосфат як фосфоромістку групу фосфоропротеїдів. У 1947 р. відкрив фактор, що отримав назву кофермента ацетилювання (CoA) і вказав на його участь у циклі Кребса.

**У 1953 р. Ф.А. Ліпман разом з Х.А. Кребсом отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття коферменту А та його значення для проміжних стадій метаболізму”.**

У 1970 р. отримав звання почесного професора Рекфеллерівського університету. За життя отримав багато нагород та почесних звань низки академій, наукових товариств, університетів. Помер у 1986 р. на 87 році життя.

**13 червня – 150 років** від дня народження **Антонія Маріяна Габришевскі**, польського лікаря, хірурга-ортопеда. Народився у Львові. У 1887 р. закінчив медичний факультет Краківського університету. У 1891 р. спеціалізувався з оториноларингології у Відні, з ортопедії – в клініках Німеччини, Швейцарії, Данії, Швеції (1897). У 1887-1891 рр.

працював асистентом кафедри хірургії Краківського університету, за сумісництвом доцент кафедри анатомії Краківської школи мистецтв (1891-1897); у 1897-1917 рр. – доцент, керівник курсу ортопедії при кафедрі хірургії Львівського університету. Ця клініка була одною з найкращих на теренах тогочасної Польщі. Наукові дослідження охоплювали проблеми анестезії, удосконалення методів хірургічного лікування і реабілітації, зокрема з використанням йодобромних бальнеопроцедур. Оpubлікував анатомічний атлас з оригінальною польською термінологією та власноручними ілюстраціями. Помер 26 лютого 1917 р. на 53 році життя.

**14 червня – 90 років** від дня народження **Джеймса Вайта Блека**, англійського фармаколога. Навчався в університеті св. Ендрю, де обрав медицину. Закінчив університет у 1946 р. і почав працювати на кафедрі фізіології. У 1947 р. виїхав у Сінгапур, де викладав фізіологію в медичному коледжі. У 1950 р. повернувся в Англію і влаштувався на роботу у Ветеринарну школу в Глазго, де організував кафедру фізіології з дослідницькою лабораторією. Почав працювати в галузі фармакології серцево-судинної системи. У 1958-1964 рр. продуктивно працював над створенням  $\beta$ -рецепторного антагоніста. У 1973 р. Блек очолив кафедру фармакології в університетському коледжі в Лондоні. У 1977 р. він погодився на пропозицію Дж. Вейна приєднатися до роботи фармацевтичної фундації “Велкам”. Роки роботи у “Велкам” (1977-1984) були дуже напруженими.

**У 1988 р. Д. Блек, Г. Елайон та Дж. Хітчінгс отримали Нобелівську премію “за створення антибактерійних та імунодепресантних препаратів”.**

**15 червня – 105 років** від дня народження **Семена Юхимовича Бреслера**, російського фізико-хіміка. Народився в Березі Брестської області. У 1930 р. закінчив Ленінградський політехнічний інститут. Працював у цьому інституті, водночас в 1930-1934 рр. – в Інституті хімічної фізики АН СРСР, в 1934-1939 рр. – в Інституті фізичних і хімічних досліджень, в 1940-1952 рр. та 1970-1971 рр. – у Фізико-технічному інституті АН СРСР, від 1971 р. – в Інституті високомолекулярних сполук АН СРСР, Ленінградському інституті ядерної фізики АН СРСР. Основні роботи присвячені вивченню структури і механізму дії макромолекул біополімерів. У 1939 р. разом з Я.І. Френкелем розпрацював статистичну теорію ланцюгових молекул з обмеженою гнучкістю. У 1945 р. разом з Д.Л. Талмудом створив теорію глобулярної будови білка. Від 1960 р. працював над вивченням структури та функцій нуклеїнових кислот і білків, елементарних процесів мутагенезу. Встановив, що рекомбінація проходить при трансформації на рівні однієї ниточки ДНК, а при кон'югації рекомбінація відбувається на двохнитковому рівні. Розробив і впровадив сорбційну хроматографію вірусів на широкопористому склі та на її основі отримав протигрипозну вакцину. Помер 21 травня 1983 р. на 74 році життя.

**17 червня – 145 років** від дня народження **Уільяма Генрі (молодшого) Перкіна**, англійського хіміка-органіка. Народився в Садбері. Навчався в Королівському хімічному коледжі в Лондоні (1877-1880), потім у Вюрцбургському університеті у Йоханеса Вісліценуса (1880-1882), в Мюнхенському університеті у Адольфа Байєра (1882-1886). Працював професором Единбурзького (від 1887), Манчестерського (від 1892), Оксфордського (від 1912) університетів. Основні наукові роботи стосуються хімії циклічних органічних сполук. У 1885-1886 рр. під керівництвом А. Байєра синтезував

похідні циклопропану та циклобутану. У 1892 р. синтезував цис- і транс-циклогександікарбонів-1,4 кислоти. Група досліджень пов'язана з вивченням будови природних сполук: камфори, ін. терпенів, фарбників бразаміна, гематоксиліна, алкалоїдів берберіна, гарміна, стрихніна. Разом з Дж. Ф. Торпом синтезував 2 продукти окислення камфори – камфаронову кислоту (1897) та камфорну кислоту (1903). У 1896 р. досліджував жовтий фарбник групи кверцетину, що сприяло початку хімії флавононів. У 1913-1915 рр. був Президентом Лондонського хімічного товариства. Помер 17 вересня 1929 р. на 61 році життя.

**21 червня – 115 років** від дня народження **Вольфганга Лангенбека**, німецького хіміка-органіка. Народився у Геттінгені. У 1923 р. закінчив Геттінгенський університет. У 1923-1924 рр. працював в Університеті в Карлсруе, в 1924-1925 рр. – в Йельському університеті і на сільськогосподарській експериментальній станції в Нью-Хейвені (США); у 1926-1935 рр. – в Мюнстерському університеті. У 1932 р. відкрив високу спорідненість імідазолу до геміну. Від 1935 р. професор Грейсвальдського університету, від 1940 р. – хімік Вищої технічної школи в Дрездені. В 1947-1951 рр. працював у Ростокському університеті, в 1951-1955 рр. в університеті Галле. Від 1953 р. член АН НДР. Наукові роботи присвячені каталізу в органічній хімії. У 1927 р. створив вчення про органічні катализатори, що здатні моделювати ферменти. У 1930-1940 рр. встановив можливість підвищення активності функціональних груп органічних катализаторів у 2000-4000 разів, дякуючи ускладненню структури їх молекул. У 1950-1960 рр. створив багато моделей біокатализаторів окиснення, дегідрування, дегідратації. Автор “Підручника органічної хімії” (1936-1938), що витримав 14 видань. Президент хімічного товариства НДР (1959), був членом низки АН. Помер 27 березня 1967 р. на 68 році життя.

**25 червня – 150 років** від дня народження **Вальтера Фрідріха Германа Нернста**, німецького фізика та фізико-хіміка. Народився в Брісені (тепер Вомбжезно, Польща). У 1883-1887 рр. навчався в університетах Цюріха, Берліна, Граца, Вюрцбурга. Від 1887 р. працював асистентом В.Ф. Оствальда в Лейпцигському університеті, у 1890-1905 рр. – у Геттінгенському університеті (від 1891 р. – професор). Від 1905 р. працював в Берлінському університеті і водночас директор Інституту хімії (1905-1922) та директор Інституту експериментальної фізики (1924-1933) при цьому ж університеті. У 1926 р. обраний членом Берлінської АН. Наукові роботи, що відносяться до хімії, присвячені теорії розчинів і хімічній кінетиці. У 1888 р. він розвинув теорію дифузії, встановив кількісну залежність між швидкістю дифузії розчинених речовин, електричною провідністю та осмотичним тиском.

У 1890 р. сформулював закон розподілу речовини, що розчиняється між двома розчинниками. У 1894 р. встановив залежність електролітичної дисоціації від діелектричної проникливості розчинника. У 1897 р. сконструював електричну лампу розжарювання (лампа Нернста). Найбільшу популярність йому принесло відкриття нового теплового закону (1906) (або “третього початку термодинаміки”). У 1909-1912 рр. розпрацював нові методи дослідження при низьких температурах, створив вакуумний калориметр. У 1907 р. синтезував аміак під високим тиском на марганцевому катализаторі. У 1908 р. був обраний президентом Німецького хімічного товариства, був членом низки АН.

**У 1920 р. В. Нернст отримав Нобелівську премію “за праці з термодімії”.**

Помер 18 листопада 1941 р. на 78 році життя.

**27 червня – 145 років** від дня народження **Ганса Шпемана**, німецького ембріолога. Народився в Штутгарті, освіту отримав в університетах Гейдельберга, Мюнхена, Вюрцбурга. У 1894-1903 рр. працював у Зоологічному інституті в Вюрцбургу, від 1908 р. – професор зоології і порівняльної анатомії Ростоцького університету, від 1914 р. – директор Інституту біології Кайзера Вільгельма; у 1919-1935 рр. – професор зоології Вюрцбурзького, Ростоцького, Фрейбурзького університетів.

Основна галузь досліджень – експериментальна ембріологія тварин. Запропонував низку мікроінструментів, за допомогою, яких здійснив ембріологічні трансплантації та створив дефекти зародкам земноводних. Знайшов залежність розвитку однієї частини зародку від іншої та сформулював теорію “організаційних центрів”, що впливають на розвиток частки ембріону.

**У 1935 р. Г. Шпеман отримав Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття організаційних ефектів у ембріональному розвитку”.**

Помер 12 вересня 1941 р. на 73 році життя.

**29 червня – 75 років** від дня народження **Мурата Абеновича Айтхожина**, казахського біохіміка. Народився в Петропавловську. Закінчив у 1962 р. Казахський університет. у 1962-1965 рр. аспірант Московського університету. У 1965-1983 рр. працював в Інституті ботаніки АН КазРСР (від 1983 р. – директор Інституту молекулярної біології та біохімії АН КазРСР). Наукові роботи пов’язані з біохімією нуклеїнових кислот і біосинтезом білків. У 1963 р. в цитоплазмі тваринних клітин відкрив нову форму існування інформаційної РНК (м-РНК) у вигляді рибонуклеопротеїдних частинок – інформосом. Встановив присутність інформосом в ядрі та протоплазмі рослинних клітин. Досліджував механізми трансляційного контролю синтезу білків. Працював над створенням та вивченням гібридних рибосом тваринних та рослинних клітин. У 1976 р. отримав Ленінську премію. Помер 19 грудня 1987 р. на 49 році життя.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецовой. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Лугинин Владимир Федорович]. – С. 276.
2. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Рубнер Макс]. – С. 542.
3. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Бекеши Георг]. – С. 542.
4. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куц. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Візел Торстен Н.]. – С. 67-69.
5. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Арбер Вернер]. – С. 25.
6. Визначні імена у світовій медицині / за ред. О.А. Грандо. – К.: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Брюкке Ернст Вільгельм]. – С. 67-68.

7. 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: [Шарп Філіп]. – С. 391-393.
8. Визначні імена у світовій медицині / за ред. О.А. Грандо. – К.: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Пфлюгер Едуард Фрідріх Вільгельм]. – С. 70-71.
9. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биогр. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецовой. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Звара Иво]. – С. 172.
10. Биологи: биогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Липман Фриц Альберт]. – С. 373.
11. Білінська І. Габришевські Антоній Маріян / І. Білінська, Я. Яцкевич // 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. 84-85.
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: [Блек Джеймс Вайт]. – С. 42-44.
13. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биогр. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецовой. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Бреслер Семен Ефимович]. – С. 70.
14. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биогр. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецовой. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Перкин Уильям Генри (младший)]. – С. 341.
15. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биогр. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецовой. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Лангенбек Вольфганг]. – С. 250.
16. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биогр. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецовой. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Нернст Вальтер Фридрих Герман]. – С. 314-315.
17. Нобелевская премия. Лауреаты. Иллюстрированная энциклопедия / пер. с англ. Л. Гуськовой. – М.: ЭКСМО, 2009. – 296 с. – Из содерж.: [Вальтер Нернст]. – С. 240.
18. 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: [Шпеман Ханс]. – С. 396-398.
19. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биогр. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецовой. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Айтхожин Мурат Абенович]. – С. 12.

**ЄВГЕН ІВАНОВИЧ ЧАЗОВ**

**До 85-річчя від дня народження**



Євген Іванович Чазов народився 10 червня 1929 р. в м.Горькому (нині – Нижній Новгород). Батько, Чазов (Горшков) Іван Петрович (1901-1969) після революції служив в армії. Мати, Чазова Олександра Іллівна (1904-1971) була лікарем-терапевтом, що зіграло вирішальну роль у виборі професії Євгена Івановича. У 1944 р. сім'я переїхала в Київ. У 1953 р. Євген Іванович з відзнакою закінчив лікувальний факультет Київського медичного інституту. У цьому ж році Є.І. Чазов переїхав у Москву і почав працювати ординатором кафедри госпітальної терапії 1-го медичного інституту. У 1956 р. захистив кандидатську дисертацію. У 1957-1958 рр. – працював лікарем 1-ої лікарні ІV Головного управління при МОЗ СРСР.

Академік О.Л. М'ясников (1899-1965) реорганізував Інститут терапії і в 1959 р. запросив Є.І. Чазова на посаду молодшого наукового співробітника. На формування особистості лікаря Є.І. Чазова вплинули такі видатні лікарі радянської медицини, як А.Я. Абрамян, В.Х. Василенко, В.Н. Виноградов, П.Є. Лукомський, В.С. Маят, М.Я. Панченков, І.Л.Тагер, Є.М. Тарєєв, Є.В. Шмідт.

У 1959 р. Є.І. Чазов організував один із перших у світовій практиці блок інтенсивного спостереження за “інфарктними хворими”. Позитивний вплив на таких хворих зробила тромболітична терапія. Від 1960 р. Є.І. Чазов почав застосовувати тромболітичні препарати для лікування інфаркту міокарду. У 1961 р. Є.І. Чазов став старшим науковим співробітником. У цьому ж році після успішного випробування внутрішньовенного введення фібринолізину він ввів тромболітичну терапію інфаркту міокарда (ІМ) в клінічну практику.

Система поетапного лікування хворих ІМ дала великий медичний і економічний ефект. Ініціатори цієї системи у 1969 р. були удостоєні Державної премії СРСР.

У 1963 р. Є.І. Чазов захистив докторську дисертацію і був призначений заступником директора інституту з наукової роботи. Смерть академіка О.Л. М'ясникова змінила долю Є.І. Чазова. В ті часи очолювати інститут (Є.І. Чазову було 36 років) молодому вченому “не годилося”. Упродовж року він виконував обов'язки директора інституту, а потім був затверджений на посаді директора.

У 1965 р. рішенням Президії АМН СРСР йому було присвоєно вчене звання професора. В кінці грудня 1966 р. міністр охорони здоров'я СРСР Б.В. Петровський запропонував Є.І. Чазову очолити ІV Головне управління при МОЗ СРСР. В січні 1967 р. в ЦК КПРС особисто Л.І. Брежнев “запропонував” йому очолити ІV Головне управління МОЗ СРСР.

Робота в ІV Управлінні для Є.І. Чазова перетворилася в постійне чергування, безкінечні безсонні ночі, постійний психологічний пресинг, нескінченні відрядження, в роботу без вихідних та відпусток. Величезна відповідальність за здоров'я та життя не лише вищого керівництва СРСР, видатних політичних та громадських діячів, вчених, письменників, діячів мистецтв, але й керівників багатьох держав світу лягла на плечі Євгена Івановича.

У 1967 р. Є.І. Чазову вдалося реорганізувати цей інститут в Інститут кардіології ім. О.Л. М'яникова АМН СРСР. В цьому ж році він був обраний членом-кореспондентом АМН СРСР, а в 1971 р. – академіком АМН СРСР, в 1972 р. – членом Президії АМН СРСР.

У 1968-1986 рр. Є.І. Чазов працював заступником Міністра охорони здоров'я.

Період в історії радянської медицини, коли на чолі Управління знаходився Є.І. Чазов характеризувався зростанням об'єму лікувальної бази, широким впровадженням профілактичних заходів, удосконаленням спеціалізованої допомоги.

Паралельно з роботою в IV Головному управлінні МОЗ СРСР Є.І. Чазов продовжував працювати завідувачем відділення реанімації Інституту кардіології. У 1974 р. Є.І. Чазов разом із співробітниками вперше в світі зробив внутрішньокоронарний тромболізіс хворому ІМ. У 1975 р. він перетворив інститут кардіології ім. О.Л. М'яникова АМН СРСР в Інститут клінічної кардіології ім. О.Л. М'яникова, а в 1982 р. був відкритий Всесоюзний кардіологічний науковий центр АМН СРСР, в який ввійшли Інститут експериментальної кардіології та Інститут профілактичної кардіології. У 1975-1987 рр. Є.І. Чазов був його директором.

У 1979 р. Є.І. Чазов був обраний академіком АН СРСР.

Створенням такого центру медицина зобов'язана Олексію Миколайовичу Косигіну, який із розумінням поставився до проблем тодішньої радянської кардіології.

Від 1987 р. за наполяганням Генерального секретаря ЦК КПРС М.С. Горбачова Є.І. Чазова призначили Міністром охорони здоров'я СРСР. На цій посаді він пропрацював до 1990 р. Під його орудою почалося впровадження програм по удосконаленню організації охорони здоров'я: була створена система діагностичних центрів, служба експериментальної медицини, розпрацьовані заходи по зниженню дитячої смертності та боротьбі з інфекційними хворобами, включаючи туберкульоз та СНІД.

У 1990 р. Є.І. Чазов повернувся генеральним директором в Кардіологічний науковий центр (з 1996 р. – Російський кардіологічний науково-виробничий комплекс). В теперішній час під керівництвом Є.І. Чазова реалізується державна програма наукових досліджень із кардіології. Він є членом Ради науки при Президенті РФ, віце-президентом Всесвітньої академії медицини ім. А. Швейцера, експертом ВООЗ, членом Бюро відділення біологічних наук РАН, почесним президентом Асоціації кардіологів країн СНД.

Внесок Є.І. Чазова у розвиток медицини є дуже вагомим. Він є автором понад 500 наукових публікацій в радянських, російських та зарубіжних виданнях, в т.ч. 15 монографій. За його редакцією вийшло понад 40 книг. За його керівництвом та консультуванням захищено 50 кандидатських та 30 докторських дисертацій.

Наукова, громадська, державницька діяльність Є.І. Чазова була гідно поцінована. У 1978 р. йому було присвоєно звання Героя Соціалістичної праці, у 1969, 1976, 1978, 1981 рр. нагороджений орденами Леніна, орденом “За заслуги перед Отечеством II ст.” (2004), I ст. (2009), орденом “За заслуги перед Кабардино-Балкарской Республикой” (2014). Він є Заслужений діяч науки Росії, Узбекистану, Киргизії. Має іноземні нагороди: орден “Трудова слава” (Молдова), орден “Акадлемічні пальми” (Франція). Нагороди: тричі Лауреат Державної премії СРСР (1969, 1976, 1991), Державної премії РФ (2003), Ленінської премії (1982), премії ім. С.П. Боткіна (1967), О.Л. М'яникова (1977), премія Фонду Леона Бернара (1997), Велика золота медаль ім. М.В. Ломоносова (РАН, 2003), Золота медаль ім. І.П. Павлова (РАН, 2011), Золота медаль ім. А. Швейцера (2001).

Є.І. Чазов був обраний почесним доктором ВМА (СПб), Ієнського університету (ФРН), Карлова університету (Чехія), університету Куїнс (Канада), Краківського



університету (Польща), медичного факультету Белградського університету (Сербія), Почесним членом Американської асоціації серця, Міжнародної колегії з ВНД (США), шведського наукового медичного товариства, АН, Колумбійської АМН, Мексиканської національної академії медицини, АН Молдови.

Людині, що прожила 85 років потрібно Бажати Здоров'я на Многая і Благая Літа!

## ЛІТЕРАТУРА

1. БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. Т.29: Чаган-Экс-ле-бем. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1978. – Из содерж.: [Чазов Евгений Иванович]. – С. 10.
2. УРЕ в 12 т. / гол ред. М.П. Бажан. – Т.12: Фітогормони-Б. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1985. – С. 526. – Зі змісту: [Чазов Євген Іванович]. – С. 42.
3. Богословский В.А. Чазов Евгений Иванович / В.А. Богословский // БМЭ в 30 т. / гл. ред. акад Б.В. Петровский. Т.27: Хлоракон-Экономика здравоохранения. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1986. – С. 272-273.
4. Евгений Иванович Чазов (К 75-летию со дня рождения) // Клиническая медицина, 2004. – №6. – С. 73.
5. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 320 с. – Зі змісту: [Чазов Є.І. ]. – С. 178, 179.
6. Евгений Иванович Чазов. К 80-летию со дня рождения // Врач. – 2009. – №6. – С.79.
7. Евгений Иванович Чазов. К 80-летию со дня рождения // Пульмонология. – 2009. – №2. – С. 127-128.

## АЛОЇС АЛЬЦГАЙМЕР. ДО 150-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ



Алоїс Альцгаймер народився 14 червня 1864 року в невеликому містечку Маркбrait-на-Майні в землі Франконія (Німеччина). Вивчав медицину в університетах Берліна, Тюбінгена і Вюрцбурга, одержав диплом у 1888 році. Дисертацію “Про сіркоутворюючі залози вуха” підготував під керівництвом відомого гістолога Альберта фон Келлікера (1817–1905 рр.).

У грудні 1888 року Альцгаймер розпочав кар’єру в муніципальному притулку для психічнохворих та епілептиків м. Франкфурта-на-Майні, де він пропрацював наступні 14 років. Засновником притулку був Гайнріх Гофманн (1809–1894 рр.), котрого тепер пам’ятають лише як автора книжок для дітей. Він пішов у відставку в 1888 році, і на його місце призначили Еміля Сіолі (1852–1922 рр.), який багато зробив для реорганізації та модернізації франкфуртської психіатрії, зокрема, запровадив політику фізичного необмеження, гідротерапію і працетерапію. Цей лікар, котрий вважав, що прогрес у психіатрії залежатиме від фундаментальних досліджень, погоджувався із твердженням Вільгельма Грізінгера (1817–1868 рр.), що “захворювання душі є захворюваннями мозку”.

У 1889 році асистентом медичного директора Франкфуртської психіатричної клініки став Франц Ніссль (1860–1919 рр.). Сім років, які Альцгаймер провів у цій клініці, суттєво вплинули на нього. Незважаючи на свій молодий вік, Ніссль був відомим гістопатологом, зокрема, ще в студентські роки розробив цілком новий метод фарбування тіл нейронів. Ніссль вчився у Бернгарда фон Гуддена (1824–1886 рр.), професора психіатрії Мюнхенського університету, і, як і Гудден, консультував членів баварської королівської родини, зокрема принца Отто, який страждав на шизофренію, і його старшого брата Людвіга II, поведінка котрого з віком набувала дуже химерних рис. Гудден відіграв важливу роль у примусовому зреченні останнього від престолу на ґрунті божевілля, а 13 червня 1886 року колишній баварський король та його психіатр були знайдені мертвими в озері Штарнберг поблизу Мюнхена. Ймовірно, Гудден хотів стримати экс-монарха від акту самогубства, однак той спочатку задушив лікаря, а потім втопився сам. Ці драматичні події, внаслідок яких Ніссль залишився без вчителя, стали причиною його виїзду з Мюнхена в 1888 році, а у квітні 1889 року він переїхав до Франкфурта.

Альцгаймер і Ніссль стали близькими друзями й колегами, працюючи вдень як клініцисти, а вночі — як гістопатологи. Тоді в багатьох напрямках медицини патоморфологія вже досягла значного успіху у вивченні кореляцій між причинами захворювання і його органічними причинами. Вищезазвані вчені хотіли зробити подібне у психіатрії, зокрема з допомогою мікроскопічного аналізу мозку, особливо його кори. На їх думку, лише після того, коли психічні розлади будуть чітко окреслені ультраструктурно, стануть можливими як розуміння патогенезу, так і лікування цих хвороб. Ніссля більшою мірою цікавила розробка нових методів експериментальних досліджень, тоді як Альцгаймер зосереджувався головним чином на кореляції психіатричних ознак і гістологічних змін, виявлених при автопсії. Його перша публікація (1891 р.) стосувалася клінічного випадку прогресуючої спінальної аміотрофії. У період між 1894 і 1896 роками він зосередився на вивченні церебрального атеросклерозу і прогресуючого паралічу (однієї з форм нейросифілісу). Співпраця між Нісслем і Альцгаймером тривала до 1895 року, коли першому з них запропонували працювати в Гайдельберзькому університеті, сама ж пропозиція надійшла від Еміля Крепеліна (1856–1926 рр.), ймовірно, найвизначнішого психіатра того часу. Крепелін відомий як засновник сучасної психіатричної науки, зокрема, завдяки своїм працям з нозології шизофренії (*dementia praecox*) і маніакально-депресивного психозу. Через багато років, Ніссль так описав своє життя у Франкфурті: “Сім чудових років, коли я працював із Альцгаймером,... це були роки важкої праці, старань і навчання, підкріплені ідеальною дружбою”.

Історія хвороби Альцгаймера почалася 25 листопада 1901 року, коли її майбутній першовідкривач госпіталізував у клініку 51-річну пацієнтку Августу Д. Сам Альцгаймер був тоді помічником медичного директора Франкфуртського притулку для психічнохворих,

безпосередньо ж хворою опікувався лікар Германн Пауль Ніцше (1876–1948 рр.). Що стосується її особистого анамнезу, то протягом року до госпіталізації Августа Д. демонструвала прогресуюче погіршення здатності до запам'ятовування поточних фактів. Вона стала боятися людей, котрих знала раніше, виявляла параноїдальні симптоми і патологічні ревнощі до свого чоловіка. Альцгаймер спостерігав за нею до березня 1903 року, коли він, як і Ніссль за сім років до того, переїхав до Гайдельберга на запрошення Крепеліна. Проте його перебування там було досить коротким. У жовтні 1903 року Крепеліна призначили шефом Королівської психіатричної клініки при Мюнхенському університеті, й Альцгаймер переїхав із ним до столиці Баварії, щоб очолити клініко-анатомічну лабораторію. Він залишився там протягом наступних 9 років.

Наступником Крепеліна в Гайдельберзі став Карл Бонхьоффер (1868–1948 рр.), котрий приблизно через півроку переїхав до Бреслау (нині Вроцлав) і став професором психіатрії тамтешнього університету. Ніссль, який планував переїхати до Мюнхена вслід за Крепеліном і Альцгаймером, запропонували очолити кафедру психіатрії Гайдельберзького університету, й він одразу погодився. Згодом він суттєво вплинув на багатьох молодих психіатрів, зокрема Карла Ясперса (1883–1969 рр.) і Гуго Шпатца (1888–1969 рр.). Перший з них став відомим філософом-екзистенціалістом, автором відомої книги “Загальна психопатологія”, і пізніше описав теплу атмосферу, що панувала в клініці, завдяки Нісслю.

У Баварії кар'єра Альцгаймера сягнула свого піка. Дуже скоро після переїзду вчений опублікував габілітаційну дисертацію (297 стор.), присвячену гістопатології прогресуючого паралічу. Тоді це була серйозна проблема, котра виявлялася приблизно у 10% психіатричних пацієнтів. Альцгаймер ґрунтував свої дослідження на даних автопсії 170 осіб, дисертація стала найвідомішою його прижиттєвою науковою працею. У Мюнхені він зібрав визначну групу відомих дослідників, до якої увійшли Г. Кройцфельдт, А. Якоб, Ф. Леві, Л. Мерцбахер, Г. Перузіні та ін. Серед них на особливу увагу заслугове Фрідріх Леві (1885–1950 рр.), котрий уперше описав характерні патоморфологічні прояви хвороби Паркінсона (тільця Леві). Клінічні обов'язки Альцгаймера тоді стали менш обтяжливими, хоч і залишалися важливим елементом його роботи. Після 1906 року він став другою людиною у Мюнхенській психіатричній клініці, проте через 18 місяців інтенсивної роботи звернувся до керівництва з проханням полегшити його обов'язки, щоб мати більше часу на наукові дослідження. У 1908 році медичний факультет Мюнхенського університету призначив Альцгаймера на посаду доцента.

Хвора Августа Д. померла у Франкфуртському притулку 8 квітня 1906 року. Альцгаймер попросив переслати її мозок для патоморфологічних досліджень. Вони тривали понад 6 місяців і увійшли в історію медицини. Вчений описав свої результати на 37-й зустрічі Південно-східного німецького психіатричного товариства, що відбулася 3 листопада 1906 року в м. Тюбінгені. Згодом вони були опубліковані в окремих статтях у 1907 і 1911 роках. Перша з них містила клініко-патологічний опис захворювання пацієнтки, у мозковій корі якої дослідник виявив багато бляшок і нейрофібрилярних сплетень, застосовуючи метод фарбування за допомогою відновленого срібла, який розробив чотири роки до того Макс Більшовскі (1869–1940 рр.). Історія хвороби і мікроскопічні зрізи мозку Августа Д. були заново відкриті лише кілька років тому.

Більшовскі вивчав патоформологію у Людвіга Едінгера (1855–1918 рр.) і Карла Вайгерта (1845–1904 рр.) в Інституті анатомії і патології при Франкфуртському університеті приблизно тоді ж, коли Альцгаймер та Ніссль працювали в місцевій психіатричній лікарні. Згодом він переїхав до Берліна, працював у Неврологічній клініці Емануеля Менделя (1839–1907 рр.), де й розробив методики візуалізації тканин із застосуванням аміачного срібла і слабих відновлювальних агентів.

У нормальному мозку з допомогою такого фарбування візуалізуються утвори, котрі в 19 столітті називали “нейрофібрилами”, — це сітка тонких філаментів, що перетинають нейрон і тісно взаємодіють із нейрональним цитоскелетом. Іспанський гістолог Сантьяго Рамон-і-Кахаль означив їх як “нейрофібрилярний цитоскелет”. Здатність візуалізувати нейрофібрили стала одним із доказів на користь “нейронної доктрини” (нервова система складається з окремих клітин), за яку Рамон-і-Кахаль разом із К. Гольджі одержали Нобелівську премію за медицину 1906 року. Слід зазначити, що тоді ця доктрина мала багато як прихильників (наприклад Більшовскі), так і противників (наприклад Ніссль).

В Августі Д. Альцгаймер виявив посилене забарвлення сріблом у багатьох нейронах мозкової кори, котре він пояснив аномальним потовщенням нейрофібрил і їх сполученням у сплетення. Разом з тим вони пережили дегенерацію нервових клітин (як позаклітинні утвори). Крім того, дослідник констатував, що їх можна забарвлювати барвниками, котрі не маркують нормальні нейрофібрили, що підкреслює патологічну природу відкритого феномену.

У 1907 році американський психіатр Соломон Картер Фуллер (1872–1953 рр.) повідомив, що нейрофібрили виявляються при різних захворюваннях, зокрема при старечій деменції (1906 рік, конгрес Американської медико-психологічної асоціації). Через це виникло припущення, що саме він вперше описав згадані зміни. Проте, на відміну від Альцгаймера, він не згадав про патологічне потовщення нейрофібрил, а також про той факт, що вони акумулюються в нейронах і продуктах їх руйнування. Фуллер натомість спостерігав зменшення кількості нейрофібрил при сенільній деменції та кількох інших не пов'язаних між собою станах, що, ймовірно, стало результатом клітинної дегенерації. Цей же вчений означив названі сплетення як “тип внутрішньоклітинної дегенерації нейрофібрил, на котрий вперше звернув увагу Алоїс Альцгаймер”.

Невритичні бляшки вперше описали в 1892 році Поль Блок (1860–1896 рр.) і Георг Марінеску (1863–1938 рр.) у клініці Сальпетрієр (Париж) у мозку пацієнтки похилого віку з епілепсією. У 1898 році Еміль Редліх (1866–1930 рр.) із Нейропсихіатричного шпиталю Відня описав їх у двох випадках сенільної деменції. Після того Оскар Фішер констатував наявність невритичних бляшок при старечому слабоумстві та їх відсутність у контрольних випадках і при прогресуючому паралічі й функціональному психозі. Згідно з висновками дослідника, вони є специфічною ознакою сенільної деменції, згодом їх часто називали бляшками Редліха або Фішера. Подібно до вищезгаданих патоморфологічних висновків, клінічні характеристики деменції також були описані до Альцгаймера, зокрема французьким психіатром Жаном-Етьєном Ескіролем (1772–1840 рр.).

Крепелін відділив від інших форм сенільної деменції захворювання, описане Альцгаймером, і назвав це захворювання його іменем у 2-му томі 8-го видання свого підручника з психіатрії. До того нові випадки описали Ф. Бонфіліо (1908 р.), У. Сартеші (1909 р.) і Д. Перузіні (1909 р.). Вік госпіталізації пацієнтів коливався в діапазоні 45–67 років. Досі залишається незрозумілим, чому Крепелін розмежував хворобу Альцгаймера і сенільну деменцію. Запроваджений ним термін *dementia praecox* став дуже популярним і вплинув на сприйняття першої з них як пресенільного стану. Лише згодом це твердження було переглянуто, оскільки виявилось, що хвороба Альцгаймера та старече слабоумство тотожні як клінічно, так і патоморфологічно. Сам Крепелін вважав, що спостережувані при автопсії зміни в головному мозку відображають специфічні психопатологічні процеси. Сучасні історики медицини припускають, хоч і без документальних підтверджень, що мотивація цього вченого для розрізнення між хворобою Альцгаймера та сенільною деменцією була в дечому й опортуністичною, оскільки останній був співробітником Крепеліна. Інакше було б важко ігнорувати праці Фішера, котрий працював у психіатричній клініці Німецького університету в Празі під керівництвом Арнольда Піка (1851–1924 рр.).

Друга стаття Альцгаймера про нововідкрите захворювання (1911 р.) була присвячена його нозології. В ній вчений представив клінічний випадок Йоганна Ф. (у корі головного мозку цього пацієнта виявлено бляшки, але не нейрофібрилярні сплетення), а також подав додаткову інформацію про випадок Августи К. Гістологічні препарати другого пацієнта нещодавно були заново виявлені і, згідно з деякими гіпотезами, він міг страждати на сімейну форму хвороби Альцгаймера. У кінці статті дослідник описав мікроскопічні зміни у двох згаданих випадках, зокрема, лобарну атрофію. Аналогічні випадки того, що ми тепер називаємо “лобно-скроневою лобарною дегенерацією”, Пік описав клінічно і *post mortem*. Альцгаймер повідомляв про відсутність бляшок і наявність нейрофібрилярних змін характерної округлої форми, котрі відрізняються від того, що спостерігають при альцгаймерівській деменції. Нині їх називають тільцями Піка, клінічно цей стан означають як хворобу Піка. Альцгаймер не надав багато інформації про два випадки лобарної атрофії. Згодом її клінічні особливості докладно описав зять ученого Георг Штерц (1878–1959 рр.), а нейропатоморфологічні — К. Онарі та Г. Шпатц.

У всіх аспектах Альцгаймер був розважливою і благородною людиною. Нісслє влучно сказав про нього: “Рішучий у вчинках, м'який у манерах”. У своїй статті про життя

Альцгаймера від 1920 року Корбініан Бродманн змалював яскравий портрет дослідника, котрий часто працював без оплати і рідко полишав клінічну діяльність. В 1894 році він одружився із Сесілією Гайзенгаймер, вдовою багатого промисловця, із котрою мав трьох дітей. Після її смерті в 1901 році вчений став фінансово незалежним і поселився з родиною недалеко від клініки, де працював. На думку Крепеліна, саме працеголізм Альцгаймера став причиною його ранньої смерті. Нині, на жаль, мало відомо про погляди останнього на причини психічних захворювань і загальну атмосферу в Мюнхенській психіатричній клініці напередодні Першої світової війни.

Від 1880-х років у медичному середовищі Німеччини та інших країн все популярнішими ставали ідеї соціального дарвінізму, монізму, теорії виродження і расової гігієни. В обґрунтуванні цих ідей психіатри відігравали вагомий роль. Расову гігієну вважали за прикладну науку, що ґрунтується на законах генетики, необхідну для поліпшення здоров'я населення шляхом запобігання генетичним дефектам; загалом її трактували як допоміжний елемент особистої гігієни. Її корені виростали з біологічного детермінізму. На той час спадкова природа деяких розладів була вже відома. Також здобували багато прихильників концепції успадкування і дегенеративності, особливо після опублікування в 1857 році праці відомого французького психіатра Августина Мореля (1809–1873 рр.) “Трактат про фізичне, розумове і моральне виродження людських видів”. Цей автор вважав, що психіатричні захворювання успадковуються таким чином, що ступінь їх симптоматичної тяжкості (власне, “дегенеративність”) у наступних поколіннях лише зростає. Те, що, наприклад, виглядало як звичайна нервозність у першому поколінні, проявлялося як клінічно чіткий невроз у другому, психоз — у третьому і затримка психічного розвитку в четвертому поколінні. Причинами ослаблення генетичного матеріалу були зловживання алкоголем, тютюном і опіумом. Такі ідеї значною мірою вплинули на італійського психіатра Чезаре Ломброзо (1835–1909 рр.), котрий пов'язав органічне захворювання із соціальним відхиленням і запровадив термін “вроджений злочинець”. Моральний занепад, суспільна девіантність, туберкульоз і венеричні захворювання вважалися симптомами спадкового виродження. Ймовірно, Альцгаймер поділяв хоча б деякі з цих ідей, котрі виражалися у багатьох літературних творах того періоду — “Привидах” Ібсена, циклі романів “Ругон-Маккари” Золя, “Дивному випадку доктора Джекілла і містера Хайда” Стівенсона, “Перед світанком” Гауптманна, “Будденброках” Томаса Манна.

Саме в такому ракурсі слід розглядати членство Альцгаймера в Німецькому товаристві расової гігієни. Його прізвище появляється у списку членів у 1913 році, хоча вже до того він читав лекції про функції мозку великим аудиторіям слухачів, організовані Мюнхенським філіалом Товариства расової гігієни. Останнє намагалося залучати до своїх рядів багатьох впливових осіб із вищих суспільних прошарків. Так, його членами були головний військовий лікар Баварії Вільгельм фон Бестельмейер, голова Німецького антропологічного товариства Йоганнес Ранке, відомий зоолог і майбутній лауреат Нобелівської премії з медицини Карл фон Фріш, видавець популярного німецького медичного журналу “Мюнхенський медичний часопис” Юліус Лерманн і його редактор Бернгард Шпатц. Цей рух не обмежився лише центральноевропейськими країнами — до 1912 року аналогічні товариства вже існували у Швеції, Великобританії і США.

Вже через багато років після смерті Альцгаймера Товариство расової гігієни серйозно вплинуло на ідеологію нацизму, і в Третьюму рейху багато німецьких психіатрів допомагали втілювати в життя відомі закони 1930–1940-х років, зокрема “Закон про запобігання генетично хворому потомству” від 1933 року, згідно з яким понад 400 тис. осіб були стерилізовані, а з них понад 80 тис. убиті згідно з програм евтаназії.

У 1912 році Альцгаймера призначають директором Психіатричного інституту при Університеті м. Бреслау. На його місце в Мюнхені приходить Вальтер Шпільмайер (1879–1935 рр.), наступник якого, Віллібальд Шольц (1889–1971 рр.), описав амілоїдні відкладення в кровоносних судинах при хворобі Альцгаймера. Тоді Бреслау було сьомим за величиною містом Німеччини, психіатричну клініку в ньому заснував відомий психіатр і невролог Карл Верніке (1848–1905 рр.), котрий керував нею протягом 1890–1903 рр.

Згідно з багатьма свідченнями сучасників, Альцгаймер хотів спробувати керувати великою психіатричною лікарнею, водночас не відмовляючись від гістопатологічних досліджень. У Мюнхені він не зміг реалізувати свої наміри. Разом з ним до Сілезії переїхав

один із його співробітників Ф. Леві, щоб очолити анатомічну лабораторію. Роки перебування Альцгаймера в Бреслау були затьмарені наслідками бактеріальної інфекції, яка вразила його при переїзді. Вона еволюціонувала у підгострий ендокардит, котрий виснажував дослідника фізично і вимагав тривалих відлучень від клінічної роботи. У 1913 році він організував у себе в клініці конгрес Німецького психіатричного товариства. Крепелін, котрий був активним його учасником, відзначив, що Альцгаймер вже не мав тих сил, як під час перебування у Мюнхені. Вже тоді вчений страждав на хронічні серцеві й ниркові захворювання. Період його фізичного виснаження збігся з початком Першої світової війни, котра, окрім різноманітних обмежень, додала ще й багато стресів — син і зять вченого були мобілізовані на фронт. Стан здоров'я Альцгаймера неухильно погіршувався протягом другої половини 1915 року; він помер у Бреслау 19 грудня 1915 року у віці лише 51 рік. Похований разом зі своєю дружиною на головному цвинтарі Франкфурта.

У 1909 році разом із М. Левандовскі Альцгаймер став одним із співзасновників “Журналу загальної неврології та психіатрії”. Тоді Королівський психіатричний шпиталь у Мюнхені процвітав під керівництвом Крепеліна. Останній вважав, що успішний розвиток психіатрії може ґрунтуватися лише на тісній співпраці неврологів і патоморфологів. У вступі до своїх відомих лекцій (1910 р.) він писав: “Порушення саме фізичної основи психічного життя має бути предметом нашої уваги”. Крепеліну дуже не подобалося, що навіть тоді студенти-медики “демонстрували дуже поверхові знання з неврології, котрі потребують її інтеграції із психіатрією”. Наприклад, у своєму студентському курсі з психіатрії він підкреслював необхідність вивчення епілепсії і рухових розладів, а також підготовки мікроскопічних препаратів з автоптантів. Його 3-тижневий курс “для лікарів, що хотіли поліпшити свої знання психіатрії”, включав клінічні демонстрації, огляд патанатомії психозів (Альцгаймер), топографічної анатомії кори (Бродманн), проблем функціональної локалізації (Ліпманн і фон Монаков), генетики (Рюдін), серології (Плаут), метаболізму (Аллерс), неврологічних проблем у контексті лікування психічних захворювань (Катвінке) і, зрештою, “коротке резюме” з експериментальної психології (Крепелін).

Крепелін розумів, що ці споріднені ареали медицини (неврологія і психіатрія) “не можуть бути адекватно представлені одним вченим”, він також вважав, що психіатричні дослідження нічого не варті за відсутності серйозного неврологічного і патоморфологічного базису.

Альцгаймер підтримував ці ідеї Крепеліна і стверджував у своїх нотатках, що вивчення клінічної психіатрії має також супроводжуватися дослідженням патанатомії кори головного мозку. Мейер (1961 р.) писав, що одним із найважливіших досягнень Альцгаймера була інтеграція різних нейронаук: “Найбільш принциповим елементом спадщини цього вченого було те, що невропатологія стала посідати центральне місце у психіатричних науках... Він, а згодом його послідовники з Німецького науково-дослідного інституту психіатрії, шукаючи фізичні причини психічних розладів і встановлюючи морфологічний базис нервових хвороб, без сумніву, посприяли тому, що тут [у Німеччині] неврологія і психіатрія повністю не розвинулися в окремі спеціальності”.

Разом з тим візії Крепеліна відносно інтегрованого підходу до вивчення мозкових захворювань, ґрунтованого на неврології, патології і психіатрії, простежуються ще в Зигмунда Фрейда. Останній, будучи відомим неврологом, котрий вивчав гіпноз у самого Шарко, повернув до себе увагу суспільства і наукової спільноти теоріями несвідомого, як першопричини психічних порушень. Хоча спочатку концепції Фрейда сприймалися як “наукоподібні казочки” (фраза голови елітарного Товариства неврологів і психіатрів Відня), згодом їм почали аплодувати на серйозних наукових зібраннях. Крепелін, котрого вважали “королем психіатрії”, в 1909 році поступився цим місцем Фрейду. Багато психіатрів стали практикувати психоаналіз, відтоді почалося розходження неврології та психіатрії.

Крім того, не слід ігнорувати конкуренцію між Крепеліном і Празькою науково-дослідною групою, яку очолював Арнольд Пік. Згідно з однією з гіпотез, Крепелін назвав хворобу, описану в лабораторії Альцгаймера, його іменем з метою ширшого визнання роботи Мюнхенської групи дослідників. Це дало свої плоди, оскільки згодом він одержав півмільйона доларів від американського спонсора на розвиток того, що згодом стало Інститутом Макса Планка, в якому й далі проводилися фундаментальні дослідження з нейронаук. Проте протягом 5 років три його найближчі співробітники (Альцгаймер, Нісслє і Бродманн) померли. Про

першого з них Крепелін писав: “Першокласна людина і науковець... Без його зусиль важко уявити патологічну анатомію психічних розладів”.

Протягом десятиліть, що минули після смерті Альцгаймера, поділ між “органічною” неврологією та “функціональною” психіатрією лише поглиблювався. Проте штучна сегрегація досліджень про мозок не завжди корелює із клінічною реальністю. Будучи визначним клініцистом, Альцгаймер стверджував, що дослідження головного мозку потребують єдиного погляду на найдрібніші як неврологічні, так і психіатричні прояви захворювань цього органа. Відновлення інтересу до нейропсихіатрії на початку 21 століття, зокрема в контексті вивчення хвороби Альцгаймера, є своєрідним відлунням наукових теорій її першовідкривача на початку 20 століття.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Brannon WL. Alois Alzheimer (1864-1915). I. Contributions to neurology and psychiatry. J S C Med Assoc. 1994 Sep;90(9):399-401.
2. Brannon WL. Alois Alzheimer (1864-1915). II. Dementia before and after Alzheimer: a brief history. J S C Med Assoc. 1994 Sep;90(9):402-3.
3. Cipriani G, Dolciotti C, Picchi L, Bonuccelli U. Alzheimer and his disease: a brief history. Neurol Sci. 2011 Apr;32(2):275-9.
4. Derouesné C. Alzheimer and Alzheimer's disease: the present enlightened by the past. An historical approach. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2008 Jun;6(2):115-28.
5. Devi G, Quitschke W. Alois Alzheimer, neuroscientist (1864-1915). Alzheimer Dis Assoc Disord. 1999 Jul-Sep;13(3):132-7.
6. Engstrom EJ. Researching dementia in imperial Germany: Alois Alzheimer and the economies of psychiatric practice. Cult Med Psychiatry. 2007 Sep;31(3):405-12; discussion 412-3.
7. Goedert M, Ghetti B. Alois Alzheimer: his life and times. Brain Pathol. 2007 Jan;17(1):57-62.
8. Hippus H, Müller N. The work of Emil Kraepelin and his research group in München. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008 Jun;258 Suppl 2:3-11.
9. Kircher T, Wormstall H. Alois Alzheimer (1864-1915)--student days and first scientific activities. J Geriatr Psychiatry Neurol. 1997 Jul;10(3):127-9.
10. Lage JM. 100 Years of Alzheimer's disease (1906-2006). J Alzheimers Dis. 2006;9(3 Suppl):15-26.
11. Möller HJ, Graeber MB. The case described by Alois Alzheimer in 1911. Historical and conceptual perspectives based on the clinical record and neurohistological sections. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1998;248(3):111-22.
12. Morris RG, Salmon DP. The centennial of Alzheimer's disease and the publication of "Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde" by Alois Alzheimer. Cortex. 2007 Oct;43(7):821-5.
13. Rikkert MG, Teunisse JP, Vernooij-Dassen M. One hundred years of Alzheimer's disease and the neglected second lesson of Alois Alzheimer on multicausality in dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2005 Sep-Oct;20(5):269-72.
14. Verhey FR. Alois Alzheimer (1864-1915). J Neurol. 2009 Mar;256(3):502-3.
15. Vishal S, Sourabh A, Harkirat S. Alois Alzheimer (1864-1915) and the Alzheimer syndrome. J Med Biogr. 2011 Feb;19(1):32-3.

**ПРЕЗЕНТАЦІЯ НОВОЇ МОНОГРАФІЇ  
«THE ENIOANATOMY OF CHANNELS OF SUBTLE BODIES»**

**ВАСИЛЬЧУК АНАТОЛІЙ ЛЕОНІДОВИЧ**

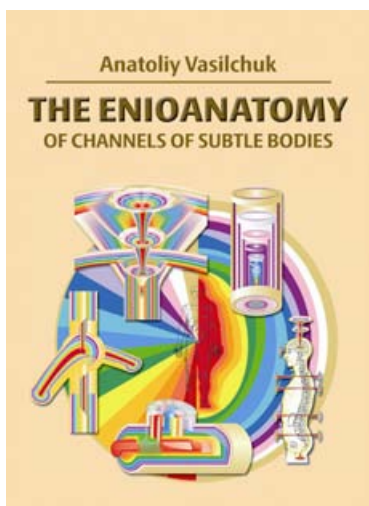
доцент анатомії, кандидат педагогічних наук,  
лікар еніопсихолог,  
магістр еніопсихології та біомагнітології,  
народний цілитель України,  
майстер спорту України,  
автор 214-х наукових праць:  
15-ти монографій,  
9-ти винаходів та 190-ти наукових статей

[www.vasilchuk.cz](http://www.vasilchuk.cz)  
[www.enioanatomy.com](http://www.enioanatomy.com)



Редколегія збірника  
пропонує увазі своїх  
читачів нову 15-ту  
монографію  
А. Л. Васильчука  
видану у 2014 р.  
англійською мовою. У  
13, 14, 21, 22, 36, 40, 66,  
5(71), 8(74), 9(75),  
12(78) і 21(87)-му  
випусках ми вже  
представляли 14  
монографій.

Vasylichuk A.L. The Enioanatomy of Channels of Subtle Bodies. – Skalica: MM a., s.r.o., 2014 y. – 300 s.: il



Переважна більшість еніоанатомічної інформації про канали та каналову систему тонкоматеріальних тіл є новою. Вперше еніоанатомічно описані сушумна, меруданди, іда, пінгала, зіркові канали, меридіани, меридіанові біологічно активні точки, мікроканали, ультраканали, субультраканали, анастомозні вузли зєднання, сітки субультраканалів, функції, функціональні можливості і їх значення для людини та багато іншого. Каналова система представлена і аргументована, як інтегральна структура тонкоматеріальних тіл, що утворює універсальну, специфічні, високоспецифічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми та інформаційно-енергетичну основу всебічного, збалансованого, гармонійного і універсального розвитку тонкоматеріальних тіл, духовного і ПСІ-феноменального розвитку людини. Посередництвом

каналової системи тонкоматеріальних тіл розширюються, вдосконалюються і виникають нові терапевтичні можливості рефлексотерапії, яка може транспортуватися до еніорефлексотерапії із суттєвим покращенням ефективності еніорефлекторного лікування і цілительства. Представлені технології розвитку каналів, каналової системи, меридіанових біологічно активних точок, духовного і ПСІ-феноменального цілительства, біолокації і позатілесної проєкції. В основі цих еніотехнологій покладені еніоанатомічні знання тонкоматеріальних тіл та їх каналової системи. Тонкоматеріальні тіла висвітлюються, як інформаційна основа еніологічних дисциплін про людину. Дається тематичний план вивчення еніоанатомії тонкоматеріальних тіл людини.

Монографія призначається рефлексологам, рефлексотерапевтам, лікарям, цілителям, еніологам, психологам, психотронікам, парапсихологам, духовним вчителям, педагогам, вихователям, тренерам, теологам, людям, які володіють ПСІ-феноменальними здібностями, ПСІ-феноменальним цілительством, спеціалістам усіх еніологічних дисциплін про людину, особливо еніоанатомії, еніофізіології, еніомедицини, еніопсихології, еніопедагогіки, еніодуховного виховання, навчання і розвитку та людям, котрі розвивають свої тонкоматеріальні тіла, свою духовність і ПСІ-феноменальність.

Про меридіани згадується у китайському вченні акупунктури, яке виникло у 3-му тисячолітті до н.е. Значення сушумни, меруданди, іди та пінгали описується у



давньоіндійській метафізиці, в езотеричних вченнях, старотібетських історичних рукописах та на початку нашого літочислення і в Агні-йозі. Існування правого і лівого зіркових каналів відкрив академік А. Ігнатенко у кінці ХХ століття. За цей час людство не отримало нової інформації та не систематизувало анатомічні та еніоанатомічні знання про меридіани, меридіанові біологічно активні точки, сушумну, меруданди, іду, пінгалу, анастомозні вузли з'єднання, зіркові канали, сітки субультраканалів, систему каналів, автономні системи каналів, ультрасистеми та субультрасистеми каналів тонкоматеріальних тіл людини. Будь-яка інформація про анатомію, функціональну анатомію і еніоанатомію каналів тонкоматеріальних тіл являється актуальною і водночас недостатньою. Такий стан сповільнює пізнання каналів і у деяких напрямках унеможливорює наукові дослідження каналів, розпрацювання нових технологій рефлексотерапії на основі еніоанатомії каналів, не дозволяє всебічний, збалансований, гармонійний та універсальний розвиток тонкоматеріальних тіл, духовний та ПСІ-феноменальний розвиток людини. Відсутність еніоанатомічної основи каналів, мікроканалів, ультраканалів, субультраканалів, сіток субультраканалів і каналової системи призводить до помилкового пояснення їх функцій та функціонального значення, до нерозуміння механізмів утворення блоkad, транспортування інформаційно-енергетичних матерій, до незнання технологій очищення каналів від біопатогенних, неідентичних, використаних, антидуховних та інших, невластивих людині, інформаційно-енергетичних матерій і унеможливорює розробку технологій розвитку, вдосконалення, корекції та нормалізації будови, форми, структури і функцій окремих каналів і системи каналів.

Еніоанатомія каналів та каналової системи тонкоматеріальних тіл набагато складніша ніж усе те, що про канали та каналову систему сьогодні наука дослідила. Каналова система скриває у собі інформацію про людину, її тіла, властивості, особливості, здібності, функції та функціональні можливості, а також інформацію про Землю, природу, суспільство, біосферу, ноосферу, Всесвіт, минуле, теперішнє і майбутнє. В ній знаходяться мікрочастки, інформації, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції, універсальна, специфічні і високоспецифічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми та багато невідомого. Наприклад: як з'єднуються інформація, мікрочастки, світло та енергія? Які форми і структури виникають при з'єднанні інформації та світла, інформації та енергії, світла та енергії? Як утворюються в сітках субультраканалів життєві інформаційно-енергетичні субстанції та біоплазми? Яке співвідношення інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій і біоплазм? Яке співвідношення між універсальною, специфічними та високоспецифічними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами? Яка еніоанатомія сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів та меридіанів? Яка структура меридіанової біологічно активної точки? Яке значення для людини має розвиток каналів і каналової системи тонкоматеріальних тіл? Яке значення для духовності та ПСІ-феноменальних здібностей має розвиток каналів та каналової системи тонкоматеріальних тіл? Що нового принесе еніоанатомія каналів і каналової системи тонкоматеріальних тіл для еніології, еніоанатомії, еніофізіології, еніомедицини, еніопсихології, еніопедагогіки та для різних еніотехнологій? Точні, всебічні та детальні відповіді не тільки на ці, але і багато складніші та життєво актуальні запитання може дати еніоанатомія каналів та каналової системи тонкоматеріальних тіл людини.

Без еніоанатомічних знань каналів і каналової системи неможливий збалансований міждисциплінарний розвиток усіх еніологічних дисциплін про людину, в залежності з її соціальними, біотичними, медичними, психічними, педагогічними, інформаційними, енергетичними, інформаційно-енергетичними, енергоінформаційними, електромагнітними, духовними, ПСІ-феноменальними та іншими потребами. Еніоанатомія каналової системи дає необхідні знання для розробки нових еніотехнологій розвитку не лише окремих каналів, меридіанових біологічно активних точок, каналової системи, їх інформаційно-енергетичного очищення, нормалізації, оптимізації інформаційно-енергетичного розподілу між структурами тонкоматеріальних тіл, між тонкоматеріальними тілами, між

тонкоматеріальними тілами і фізичним тілом, але і розпрацювання еніотехнологій всебічного, гармонійного, збалансованого і універсального розвитку тонкоматеріальних тіл людини, її властивостей, особливостей, здібностей, функцій, функціональних можливостей, духовності і ПСІ - феноменальності. Еніоанатомія каналової системи дозволяє внести основовизначальні зміни до відомих технологій або розробити нові технології:

- еніоанатомії, еніофізіології, еніомедицини, еніопсихології, еніопедагогіки та інших еніологічних дисциплін про людину
- всебічного, гармонійного, збалансованого і універсального розвитку каналів, меридіанів, меридіанових біологічно активних точок, анастомозних вузлів з'єднання, сіток субультраканалів, автономних каналових систем, та каналової системи тонкоматеріальних тіл
- утворення в сітках субультраканалів інформаційно-енергетичної основи розвитку, вдосконалення і проявлення духовності, душевності та ПСІ-феноменальних здібностей людини
- досягнення такого структурно-функціонального стану каналової системи, який дозволяє універсальний розвиток чакр і тонкоматеріальних тіл людини
- еніорефлексотерапевтичного лікування, регенерації, реабілітації і рекондиції людини
- поєднання розвитку каналової системи, меридіанових біологічно активних точок, анастомозних вузлів з'єднання, сіток субультраканалів, чакр, внутрішніх і зовнішніх оболонок тонкоматеріальних тіл
- інформаційно-енергетичного очищення каналової системи сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів, меридіанів, меридіанових біологічно активних точок, анастомозних вузлів з'єднання, сіток субультраканалів, інформаційно-енергетичної індивідуальності та ідентичності, інформаційно-енергетичного гомеостазу та імунітету
- збереження інформаційно-енергетичної індивідуальності
- еніоанатомічного контролю, оцінювання, прогнозу, еніоанатомічної діагностики будови, форми, структури, топографії, функцій та функціональних можливостей каналової системи і окремих каналів
- профілактики виникнення інформаційно-енергетичного перевантаження, забруднення, інформаційно-енергетичних блоkad, збільшеної концентрації біопатогенних, неприродних, нехарактерних, невластивих і антидуховних інформаційно-енергетичних матерій в каналовій системі
- нормалізації функціональної недостатності, структурних порушень і патологій, топографічних порушень, структурно-функціональної невідповідності між каналами та окремими тонкоматеріальними тілами і їх структурами.

Всебічний розвиток тонкоматеріальних тіл, їх структур, особливо чакр, неможливий, якщо каналова система нерозвинена. Тому необхідно перед початком розвитку тонкоматеріальних тіл і чакр підготувати та розвинути каналову систему. Без її розвитку неможливо досягнути універсального розвитку тонкоматеріальних тіл, чакр, високодуховного і ПСІ-феноменального розвитку людини.

Зміст монографії «Еніоанатомія каналів тонкоматеріальних тіл» дозволяє вивчати еніоанатомію каналової системи, зрозуміти її значення, бачити перспективу і практичне застосування еніоанатомічних знань про канали у багатьох сферах і аспектах життя людини. Вже сьогодні може бути еніоанатомія каналової системи основою контролю, оцінювання, прогнозу, діагностики, наукових досліджень, отримання всебічної інформації не тільки про каналову систему, але і для технологій, методів і засобів її розвитку і вдосконалення, оптимального і ефективного використання каналової системи при лікуванні, регенерації, реабілітації та рекондиції людини.

Універсальний розвиток тонкоматеріальних тіл, подальший розвиток рефлексології, поява

нових високоефективних технологій рефлексорної та еніорефлексорної терапії, духовний, душевний, ПСІ-феноменальний та божественний розвиток людини, утримання доброго стану здоров'я, активної життєвої діяльності та досягнення довголіття, неможливе без об'єктивних еніоанатомічних знань каналової системи. Еніоанатомічні знання каналової системи відкривають якісно нові можливості для зрозуміння того, що означають функції та функціональні можливості каналової системи для людини, що і як потрібно зробити для того, щоб людина посередництвом каналової системи стала всебічною, гармонійною, здоровою, високодуховною і ПСІ-феноменальною.

Монографія «Еніоанатомія каналів тонкоматеріальних тіл людини» дає значний інформаційний внесок для того, щоб Еніоанатомія стала науковою і навчальною дисципліною усіх ступенів навчання, особливо при підготовці лікарів, рефлексологів, рефлексотерапевтів, реабілітологів, валеологів, еніоанатомів, еніофізіологів, еніопсихологів, еніопедагогів, цілителів, еніоцілителів, еніопсі-феноменальних цілителів, еніодуховних цілителів, еніотерапевтів, соціологів, теологів та багатьох інших спеціалістів, які працюють з людиною. Настав час, щоб знання еніоанатомії каналової системи були складовими основи еніопедагогіки, еніопсихології, еніофізіології, еніомедицини, інформаційної медицини, різних еніотерапевтичних технологій та еніологічних дисциплін про людину.

Каналова системи тонкоматеріальних тіл скриває багато таємниць про людину, ще невикористані її функціональні можливості для людини, ще не стала основою різних нових інформаційних, енергетичних, енергоінформаційних, інформаційно-енергетичних та електромагнітних технологій поєднання виховання, навчання, розвитку, вдосконалення, лікування, регенерації, реабілітації і рекондиції людини.

Монографія «Еніоанатомія каналів тонкоматеріальних тіл» являється логічним продовженням всього, що було написано про каналову систему, окремі канали і мікроканали. Зміст книги структурований так, що на початку дається Слово автора і Передмова, далі Еніоанатомія сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів, меридіанів та їх системи інформаційно-енергетичних каналів. Після еніоанатомічного описання каналової системи представлені технології розвитку каналової системи та окремих каналів, духовного і ПСІ-феноменального розвитку людини, ПСІ-феноменального цілительства, біолокації та позатілесної проєкції. Також представлені тонкоматеріальні тіла, як інформаційно-енергетична основа еніологічних дисциплін про людину. Кожна глава має свою структуру, ілюстративний матеріал, починається теоретичною аргументацією і закінчується тематичними контрольними запитаннями. На кінці книги наводиться Тематичний навчальний план вивчення Еніоанатомії тонкоматеріальних тіл людини, список термінів та літератури. Еніоанатомія каналової системи написана загальноприйнятною і визнаною термінологією.

Окремі канали та їх автономні системи каналів описані за одною схемою. У багатьох випадках використано одне і теж речення з різним закінченням, яке суттєво змінює його зміст. Таким чином показана подібність і відмінність між каналами та автономними системами каналів, що суттєво полегшує вивчення еніоанатомії каналів та каналової системи. Таке описання обумовлено тим, що кожний великий канал являється сукупністю мікроканалів з розгалужень вершин конусів основних, життєво важливих і більшості функціонально забезпечувальних чакр, мікроканалів з виростків зовнішніх і внутрішніх оболонок усіх тонкоматеріальних тіл, мікроканалів з виростків оболонок структур тонкоматеріальних тіл, окремих вихідних сушумнових, мерудандових, ідових, пінгалових, зіркових, меридіанових, оболонкових, чакрових і змішаних мікроканалів, внутрішньоканалових і зовнішньоканалових мікроканалів, ультраканалів і субультраканалів, їх з'єднанням і структуризацією до основи, додаткової і власної каналової структури. Кожний великий і середній канал утворює автономну систему каналів, які діляться на субсистеми та субультрасистеми з подібною і відмінною еніоанатомією. Будова, склад, структура, архітектоніка, топографія, функції, функціональні можливості та специфічне значення кожного каналу і кожної автономної каналової системи недостатньо досліджені.

Обсягле інформаційне насичення, різнохарактерне значення, всебічність взаємовідносин, взаємозалежне і взаємне функціонування каналів, мікроканалів, автономних систем каналів, субсистем і субультрасистем при транспортуванні, розподіленні та взаємобміні інформаційно-енергетичних матеріял, утворенні життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій обумовлюють розсяглість деяких речень у тексті. Такі речення розкривають високоспецифічні еніоанатомічні теми, проблеми, напрямки, особливості, функції та практичне значення каналів і каналової системи і логічно завершують описання еніоанатомічної цілісності. У таких реченнях жирним шрифтом виділені окремі слова і фрази для полегшеного сприймання еніоанатомічного матеріялу і для того, щоб було зрозумілим пояснення змісту і значення відповідних еніоанатомічних тем каналової системи. Жирним шрифтом виділені найважливіші еніоанатомічні аспекти каналової системи. Акцентування смислового і логічного еніоанатомічного значення каналової системи суттєво полегшує вивчення її еніоанатомії, сприяє швидкій орієнтації в тексті, допомагає повторенню, концентрації уваги на найважливіших еніоанатомічних аспектах і сприйманню еніоанатомічного матеріялу в цілісній всебічності.

Переважає більшість еніоанатомічної інформації про канали і каналову систему тонкоматеріальних тіл являється новою. Вперше еніоанатомічно описується сушумна, сушумнова система каналів, меруданди, іда, пінгала, мерудандова система каналів, ідова система каналів, пінгалова система каналів, мерудандо-ідово-пінгалова система каналів, правий зірковий канал, правозіркова система каналів, лівий зірковий канал, лівозіркова система каналів, зіркова система каналів, меридіани, меридіанові біологічно активні точки, меридіанова система, мікроканали, анастомозні вузли з'єднання і сітки субультраканалів. Представлені нові еніотехнології розвитку каналів, духовного і ПСІ-феноменального розвитку людини, ПСІ-феноменального цілительства, біолокації та позатілесної проєкції. Еніотехнології розроблені на основі еніоанатомії тонкоматеріальних тіл людини.

Кольорові малюнки та їх інформаційний зміст суттєво доповнюють і конкретизують текст монографії. Малюнки уможливають вивчення еніоанатомії каналів і каналової системи не тільки спільно з текстом, але і самостійно, можуть глибше і ширше інтерпретуватися, допомагають формувати сприйнятливість, спостережливість і правильне уявлення еніоанатомії окремих каналів, мікроканалів, каналової системи, її автономних систем, субсистем і субультрасистем та розвивати правильне еніоанатомічне мислення. Ілюстрації структур каналів і каналової системи зроблено тими кольорами, які властиві каналам і каналовій системі відповідного тонкоматеріального тіла. Червоним кольором зображені канали тільки червоного тонкоматеріального тіла, оранжевим – оранжевого тонкоматеріального тіла, блакитним – блакитного тонкоматеріального тіла, фіолетовим – фіолетового тонкоматеріального тіла і т.д. у всіх тілах. Колір має інформаційне і дидактичне значення, відображає об'єктивні фізичні характеристики, демонструє ілюстративність і дає наочність викладанню еніоанатомії. Малюнки показують, форму, структуру, послідовність розміщення, взаємне положення каналів та їх мікроканалів, шарів, триад і пучків.

Особливу увагу заслуговують контрольні запитання кожної глави і тематичний навчальний план вивчення еніоанатомії каналів та каналової системи тонкоматеріальних тіл людини. Запитання допомагають наблизитися до змісту окремих тем навчальної програми, розумінню і визначенню напряму потенціального використання еніоанатомії каналової системи на користь людини. Розкривають значення каналів і каналової системи для людини. Тематичний план вивчення еніоанатомії тонкоматеріальних тіл людини і контрольні запитання еніоанатомічних тем складені так, що можуть бути використані медичними, психологічними і педагогічними університетами, інститутами, духовними школами, курсами та семінарами спрямованими на вивчення людини, її анатомії та еніоанатомії, на розвиток тонкоматеріальних тіл, на пізнання і практичне оволодіння еніопсіанатомічними технологіями виховання, навчання, розвитку, вдосконалення, лікування, регенерації, реабілітації, рекондиції, професійної підготовки, тренування і соціалізації людини на еніоанатомічній основі тонкоматеріальних тіл. Тематичний навчальний план і контрольні

запитання можуть бути використані для створення високоспецифічних навчальних планів вивчення еніоанатомії тонкоматеріальних тіл, які б відповідали профілю навчального закладу. Ознайомлення з тематичним навчальним планом і контрольними запитаннями дозволяє читачам усвідомити обсяг еніоанатомії людини, її значення для усіх еніологічних дисциплін та людини.

Текст, ілюстрації та їх змістовне наповнення являються інформаційною основою не тільки вивчення еніоанатомії каналів і каналової системи, основою еніотехнологій розвитку тонкоматеріальних тіл, але і основою, яка дозволяє ширше і глибше дослідження еніоанатомії каналової системи. Структурованість тексту, еніоанатомічні ілюстрації, термінологічний реєстр, тематичний навчальний план і контрольні запитання уможливають якісне самостійне вивчення каналів і каналової системи тонкоматеріальних тіл, легку орієнтацію в монографії та швидке знаходження інформації необхідної для практичного використання і повторення.

Навчальний матеріал монографії допомагає знайти шляхи та способи утворення в каналовій системі інформаційно-енергетичної основи розвитку людини, її тіл, властивостей, особливостей, здібностей, функцій, функціональних можливостей, духовності, душевності та ПСІ-феноменальності.

Знання еніоанатомії каналів і каналової системи тонкоматеріальних тіл дозволяють проводити експертний аналіз, давати експертну оцінку і експертні заключні висновки відомим технологіям, методам і засобам та створювати нові еніологічні, еніопедагогічні, еніоанатомічні, еніопсихічні, еніомедичні, еніодуховні і ПСІ-феноменальні технології виховання, навчання, розвитку, вдосконалення, лікування, регенерації, реабілітації та рекондиції людини.

Каналова система постійно знаходиться у стані функціонування та безперервно транспортує і перерозподіляє інформаційно-енергетичні матерії між тілами та їх структурами, забезпечує інформаційно-енергетичними матеріями тонкоматеріальні тіла, здійснює внутрішній і зовнішній інформаційно-енергетичний взаємообмін, утворює універсальну, специфічні та високоспецифічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми. Тому необхідно вивчати і досліджувати будову, форму, структуру, архітекtonіку, топографію, функції та функціональні можливості каналів і каналової системи тонкоматеріальних тіл і зміни каналів та каналової системи в процесі філогенетичного і онтогенетичного розвитку з позиції інформаційно-енергетичних потреб тонкоматеріальних тіл, розвитку і функціонування людини, її властивостей, особливостей, здібностей, духовності, душевності та ПСІ-феноменальності.

Монографія «Еніоанатомія каналів тонкоматеріальних тіл» являється значним внеском для визнання Еніоанатомії тонкоматеріальних тіл людини навчальною і науковою дисципліною.

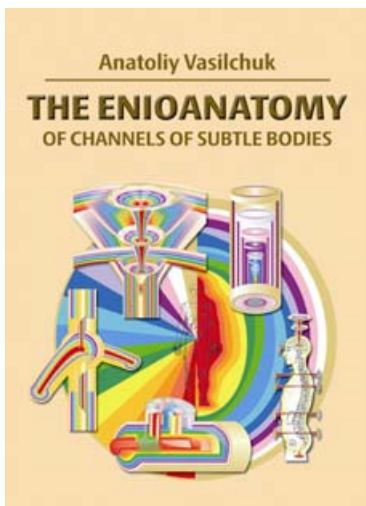
#### **Монографія призначена для:**

- вивчення еніоанатомії сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових, носових, очних, вушних каналів, меридіанів, меридіанових біологічно активних точок, анастомозних вузлів з'єднання, мікроканалів, ультраканалів, субультраканалів, сіток субультраканалів, каналової системи, автономних каналових систем, ультрасистем і субультрасистем
- формування високоспецифічного еніоанатомічного мислення
- пізнання еніоанатомічної суті каналової системи тонкоматеріальних тіл
- пояснення будови, структури, архітекtonіки, топографії, функцій і функціональних можливостей окремих каналів, мікроканалів, каналової системи, автономних каналових систем, ультрасистем і субультрасистем
- усвідомлення практичного значення еніоанатомії каналової системи для розвитку тонкоматеріальних тіл, утворення життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій, для розвитку властивостей, особливостей, здібностей, функцій, функціональних можливостей, духовності, душевності та ПСІ-феноменальності

людини

- того, щоб дати еніоанатомічні знання каналової системи новим еніоанатомічним, еніорефлексотерапевтичним, еніомедичним, еніопсихічним, еніопедагогічним та іншим еніотехнологіям
- використання еніоанатомічної інформації каналової системи для оцінки, корекції, переробки і вдосконалення відомих еніотехнологій, методів і засобів розвитку людини, її тонкоматеріальних тіл, духовності, душевності та ПСІ-феноменальних здібностей
- використання еніоанатомічної інформації каналової системи для створення і розробки нових еніоанатомічних, еніопсіанатомічних, еніопсихічних, еніопедагогічних і еніодуховних технологій, методів і засобів всебічного, збалансованого, гармонійного і універсального розвитку тонкоматеріальних тіл та їх каналової системи
- використання еніоанатомічної інформації каналової системи для створення і розробки нових еніотерапевтичних технологій, методів і засобів профілактичної медицини, рефлексотерапії, медицини здорової людини, здорового способу життя, еніомедицини, еніодуховної медицини, ефективного лікування життєво небезпечних хвороб, для оптимальної морфологічної та функціональної регенерації, реабілітації та рекондиції
- того, щоб еніоанатомічна інформація каналової системи тонкоматеріальних тіл конкретизувала, спрямовувала, уточнювала, об'єктивізувала, утримувала і координувала концентрацію, голографічне уявлення, візуалізацію, активну медитацію, еніоанатомічне, еніопсихічне, еніопсіанатомічне, ПСІ-феноменальне і еніодуховне тренування у відповідності з еніоанатомічною нормою, всебічним, збалансованим, гармонійним і універсальним розвитком тонкоматеріальних тіл, каналів і каналової системи
- використання еніоанатомічної інформації каналової системи для контролю, оцінки, прогнозу, діагностики, наукових досліджень та отримання нової інформації про будову, форму, структуру, архітектоніку, топографію, функції, функціональні можливості та практичне використання каналової системи тонкоматеріальних тіл.

У цілому монографія дає необмежені можливості використання еніоанатомічної інформації каналової системи тонкоматеріальних тіл для їх універсального розвитку, для поєднання виховання, навчання, розвитку, лікування і регенерації, для практичної реалізації нових високоефективних еніотехнологій рефлексотерапії, еніомедицини, еніодуховного і ПСІ-феноменального розвитку людини, для досягнення інформаційної чистоти каналової системи, інформаційно-енергетичної ідентичності, інформаційно-енергетичного гомеостазу та імунітету тонкоматеріальних тіл, для досягнення абсолютного здоров'я, довголіття, життєвої гармонії, життя без болю, депресій та криз.



Переважає більшість еніоанатомічної інформації про канали та каналову систему тонкоматеріальних тіл є новою. Вперше еніоанатомічно описані сушумна, меруданди, іда, пінгала, зіркові канали, меридіани, меридіанові біологічно активні точки, мікроканали, ультраканали, субультраканали, анастамозні вузли з'єднання, сітки субультраканалів, функції, функціональні можливості і їх значення для людини та багато іншого. Каналова система представлена і аргументована, як інтегральна структура тонкоматеріальних тіл, що утворює універсальну, специфічні, високоспецифічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми та інформаційно-енергетичну основу всебічного, збалансованого, гармонійного і універсального розвитку тонкоматеріальних тіл, духовного і ПСІ-феноменального розвитку людини. Посередництвом каналової системи тонкоматеріальних тіл

розширюються, вдосконалюються і виникають нові терапевтичні можливості рефлексотерапії, яка може транспортуватися до еніорефлексотерапії із суттєвим покращенням ефективності еніорефлекторного лікування і цілительства. Представлені технології розвитку каналів, каналової системи, меридіанових біологічно активних точок, духовного і ПСИ-феноменального цілительства, біолокації і позатілесної проєкції. В основі цих еніотехнологій покладені еніоанатомічні знання тонкоматеріальних тіл та їх каналової системи. Тонкоматеріальні тіла висвітлюються, як інформаційна основа еніологічних дисциплін про людину. Дається тематичний план вивчення еніоанатомії тонкоматеріальних тіл людини.

Монографія призначається рефлексологам, рефлексотерапевтам, лікарям, цілителям, еніологам, психологам, психотронікам, парапсихологам, духовним вчителям, педагогам, вихователям, тренерам, теологам, людям, які володіють ПСИ-феноменальними здібностями, ПСИ-феноменальним цілительством, спеціалістам усіх еніологічних дисциплін про людину, особливо еніоанатомії, еніофізіології, еніомедицини, еніопсихології, еніопедагогіки, еніодуховного виховання, навчання і розвитку та людям, котрі розвивають свої тонкоматеріальні тіла, свою духовність і ПСИ-феноменальність.

Про меридіани згадується у китайському вченні акупунктури, яке виникло у 3-му тисячолітті до н.е. Значення сушумни, меруданди, іди та пінгали описується у давньоіндійській метафізиці, в езотеричних вченнях, старотібетських історичних рукописах та на початку нашого літочислення і в Агні-йозі. Існування правого і лівого зіркових каналів відкрив академік А. Ігнатенко у кінці ХХ століття. За цей час людство не отримало нової інформації та не систематизувало анатомічні та еніоанатомічні знання про меридіани, меридіанові біологічно активні точки, сушумну, меруданди, іду, пінгалу, анастомозні вузли з'єднання, зіркові канали, сітки субультраканалів, систему каналів, автономні системи каналів, ультрасистеми та субульtrasистеми каналів тонкоматеріальних тіл людини. Будь-яка інформація про анатомію, функціональну анатомію і еніоанатомію каналів тонкоматеріальних тіл являється актуальною і водночас недостатньою. Такий стан сповільнює пізнання каналів і у деяких напрямках унеможливує наукові дослідження каналів, розпрацювання нових технологій рефлексотерапії на основі еніоанатомії каналів, не дозволяє всебічний, збалансований, гармонійний та універсальний розвиток тонкоматеріальних тіл, духовний та ПСИ-феноменальний розвиток людини. Відсутність еніоанатомічної основи каналів, мікроканалів, ультраканалів, субультраканалів, сіток субультраканалів і каналової системи призводить до помилкового пояснення їх функцій та функціонального значення, до нерозуміння механізмів утворення блоkad, транспортування інформаційно-енергетичних матерій, до незнання технологій очищення каналів від біопатогенних, неідентичних, використаних, антидуховних та інших, невластивих людині, інформаційно-енергетичних матерій і унеможливує розробку технологій розвитку, вдосконалення, корекції та нормалізації будови, форми, структури і функцій окремих каналів і системи каналів.

Еніоанатомія каналів та каналової системи тонкоматеріальних тіл набагато складніша ніж усе те, що про канали та каналову систему сьогодні наука дослідила. Каналова система скриває у собі інформацію про людину, її тіла, властивості, особливості, здібності, функції та функціональні можливості, а також інформацію про Землю, природу, суспільство, біосферу, ноосферу, Всесвіт, минуле, теперішнє і майбутнє. В ній знаходяться мікрочастки, інформації, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції, універсальна, специфічні і високоспецифічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми та багато невідомого. Наприклад: як з'єднуються інформація, мікрочастки, світло та енергія? Які форми і структури виникають при з'єднанні інформації та світла, інформації та енергії, світла та енергії? Як утворюються в сітках субультраканалів життєві інформаційно-енергетичні субстанції та біоплазми? Яке співвідношення інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій і біоплазм? Яке співвідношення між універсальною, специфічними та високоспецифічними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами? Яка еніоанатомія сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів та меридіанів? Яка структура меридіанової біологічно активної точки? Яке значення для людини має розвиток каналів і каналової системи

тонкоматеріальних тіл? Яке значення для духовності та ПСІ-феноменальних здібностей має розвиток каналів та каналової системи тонкоматеріальних тіл? Що нового принесе еніоанатомія каналів і каналової системи тонкоматеріальних тіл для еніології, еніоанатомії, еніофізіології, еніомедицини, еніопсихології, еніопедагогіки та для різних еніотехнологій? Точні, всебічні та детальні відповіді не тільки на ці, але і багато складніші та життєво актуальні запитання може дати еніоанатомія каналів та каналової системи тонкоматеріальних тіл людини.

Без еніоанатомічних знань каналів і каналової системи неможливий збалансований міждисциплінарний розвиток усіх еніологічних дисциплін про людину, в залежності з її соціальними, біотичними, медичними, психічними, педагогічними, інформаційними, енергетичними, інформаційно-енергетичними, енергоінформаційними, електромагнітними, духовними, ПСІ-феноменальними та іншими потребами. Еніоанатомія каналової системи дає необхідні знання для розробки нових еніотехнологій розвитку не лише окремих каналів, меридіанових біологічно активних точок, каналової системи, їх інформаційно-енергетичного очищення, нормалізації, оптимізації інформаційно-енергетичного розподілу між структурами тонкоматеріальних тіл, між тонкоматеріальними тілами, між тонкоматеріальними тілами і фізичним тілом, але і розпрацювання еніотехнологій всебічного, гармонійного, збалансованого і універсального розвитку тонкоматеріальних тіл людини, її властивостей, особливостей, здібностей, функцій, функціональних можливостей, духовності і ПСІ - феноменальності. Еніоанатомія каналової системи дозволяє внести основовизначальні зміни до відомих технологій або розробити нові технології:

- еніоанатомії, еніофізіології, еніомедицини, еніопсихології, еніопедагогіки та інших еніологічних дисциплін про людину
- всебічного, гармонійного, збалансованого і універсального розвитку каналів, меридіанів, меридіанових біологічно активних точок, анастомозних вузлів з'єднання, сіток субультраканалів, автономних каналових систем, та каналової системи тонкоматеріальних тіл
- утворення в сітках субультраканалів інформаційно-енергетичної основи розвитку, вдосконалення і проявлення духовності, душевності та ПСІ-феноменальних здібностей людини
- досягнення такого структурно-функціонального стану каналової системи, який дозволяє універсальний розвиток чакр і тонкоматеріальних тіл людини
- еніорефлексотерапевтичного лікування, регенерації, реабілітації і рекондиції людини
- поєднання розвитку каналової системи, меридіанових біологічно активних точок, анастомозних вузлів з'єднання, сіток субультраканалів, чакр, внутрішніх і зовнішніх оболонок тонкоматеріальних тіл
- інформаційно-енергетичного очищення каналової системи сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів, меридіанів, меридіанових біологічно активних точок, анастомозних вузлів з'єднання, сіток субультраканалів, інформаційно-енергетичної індивідуальності та ідентичності, інформаційно-енергетичного гомеостазу та імунітету
- збереження інформаційно-енергетичної індивідуальності
- еніоанатомічного контролю, оцінювання, прогнозу, еніоанатомічної діагностики будови, форми, структури, топографії, функцій та функціональних можливостей каналової системи і окремих каналів
- профілактики виникнення інформаційно-енергетичного перевантаження, забруднення, інформаційно-енергетичних блоkad, збільшеної концентрації біопатогенних, неприродних, нехарактерних, невластивих і антидуховних інформаційно-енергетичних матерій в каналовій системі
- нормалізації функціональної недостатності, структурних порушень і патологій, топографічних порушень, структурно-функціональної невідповідності між каналами та окремими тонкоматеріальними тілами і їх структурами.



Всебічний розвиток тонкоматеріальних тіл, їх структур, особливо чакр, неможливий, якщо каналова система нерозвинена. Тому необхідно перед початком розвитку тонкоматеріальних тіл і чакр підготувати та розвинути каналову систему. Без її розвитку неможливо досягнути універсального розвитку тонкоматеріальних тіл, чакр, високодуховного і ПСІ-феноменального розвитку людини.

Зміст монографії «Еніоанатомія каналів тонкоматеріальних тіл» дозволяє вивчати еніоанатомію каналової системи, зрозуміти її значення, бачити перспективу і практичне застосування еніоанатомічних знань про канали у багатьох сферах і аспектах життя людини. Вже сьогодні може бути еніоанатомія каналової системи основою контролю, оцінювання, прогнозу, діагностики, наукових досліджень, отримання всебічної інформації не тільки про каналову систему, але і для технологій, методів і засобів її розвитку і вдосконалення, оптимального і ефективного використання каналової системи при лікуванні, регенерації, реабілітації та рекондиції людини.

Універсальний розвиток тонкоматеріальних тіл, подальший розвиток рефлексології, поява нових високоєфективних технологій рефлексорної та еніорефлексорної терапії, духовний, душевний, ПСІ-феноменальний та божественний розвиток людини, утримання доброго стану здоров'я, активної життєвої діяльності та досягнення довголіття, неможливе без об'єктивних еніоанатомічних знань каналової системи. Еніоанатомічні знання каналової системи відкривають якісно нові можливості для зрозуміння того, що означають функції та функціональні можливості каналової системи для людини, що і як потрібно зробити для того, щоб людина посередництвом каналової системи стала всебічною, гармонійною, здоровою, високодуховною і ПСІ-феноменальною.

Монографія «Еніоанатомія каналів тонкоматеріальних тіл людини» дає значний інформаційний внесок для того, щоб Еніоанатомія стала науковою і навчальною дисципліною усіх ступенів навчання, особливо при підготовці лікарів, рефлексологів, рефлексотерапевтів, реабілітологів, валеологів, еніоанатомів, еніофізіологів, еніопсихологів, еніопедагогів, цілителів, еніоцілителів, еніопсі-феноменальних цілителів, еніодуховних цілителів, еніотерапевтів, соціологів, теологів та багатьох інших спеціалістів, які працюють з людиною. Настав час, щоб знання еніоанатомії каналової системи були складовими основи еніопедагогіки, еніопсихології, еніофізіології, еніомедицини, інформаційної медицини, різних еніотерапевтичних технологій та еніологічних дисциплін про людину.

Каналова системи тонкоматеріальних тіл скриває багато таємниць про людину, ще невикористані її функціональні можливості для людини, ще не стала основою різних нових інформаційних, енергетичних, енергоінформаційних, інформаційно-енергетичних та електромагнітних технологій поєднання виховання, навчання, розвитку, вдосконалення, лікування, регенерації, реабілітації і рекондиції людини.

Монографія «Еніоанатомія каналів тонкоматеріальних тіл» являється логічним продовженням всього, що було написано про каналову систему, окремі канали і мікроканали. Зміст книги структурований так, що на початку дається Слово автора і Передмова, далі Еніоанатомія сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів, меридіанів та їх системи інформаційно-енергетичних каналів. Після еніоанатомічного описання каналової системи представлені технології розвитку каналової системи та окремих каналів, духовного і ПСІ-феноменального розвитку людини, ПСІ-феноменального цілительства, біолокації та позатілесної проєкції. Також представлені тонкоматеріальні тіла, як інформаційно-енергетична основа еніологічних дисциплін про людину. Кожна глава має свою структуру, ілюстративний матеріал, починається теоретичною аргументацією і закінчується тематичними контрольними запитаннями. На кінці книги наводиться Тематичний навчальний план вивчення Еніоанатомії тонкоматеріальних тіл людини, список термінів та літератури. Еніоанатомія каналової системи написана загальноприйнятою і визнаною термінологією.

Окремі канали та їх автономні системи каналів описані за одною схемою. У багатьох випадках використано одне і теж речення з різним закінченням, яке суттєво змінює його зміст. Таким чином показана подібність і відмінність між каналами та автономними системами

каналів, що суттєво полегшує вивчення еніоанатомії каналів та каналової системи. Таке описання обумовлено тим, що кожний великий канал являється сукупністю мікроканалів з розгалужень вершин конусів основних, життєво важливих і більшості функціонально забезпечувальних чакр, мікроканалів з виростків зовнішніх і внутрішніх оболонок усіх тонкоматеріальних тіл, мікроканалів з виростків оболонок структур тонкоматеріальних тіл, окремих вихідних сушумнових, мерудандових, ідових, пінгалових, зіркових, меридіанових, оболонкових, чакрових і змішаних мікроканалів, внутрішньоканалових і зовнішньоканалових мікроканалів, ультраканалів і субультраканалів, їх з'єднанням і структуризацією до основи, додаткової і власної каналової структури. Кожний великий і середній канал утворює автономну систему каналів, які діляться на підсистеми та субультрасистеми з подібною і відмінною еніоанатомією. Будова, склад, структура, архітектоніка, топографія, функції, функціональні можливості та специфічне значення кожного каналу і кожної автономної каналової системи недостатньо досліджені.

Обсягле інформаційне насичення, різнохарактерне значення, всебічність взаємовідносин, взаємозалежне і взаємне функціонування каналів, мікроканалів, автономних систем каналів, підсистем і субультрасистем при транспортуванні, розподіленні та взаємообміні інформаційно-енергетичних матерій, утворенні життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій обумовлюють розсяглість деяких речень у тексті. Такі речення розкривають високоспецифічні еніоанатомічні теми, проблеми, напрямки, особливості, функції та практичне значення каналів і каналової системи і логічно завершують описання еніоанатомічної цілісності. У таких реченнях жирним шрифтом виділені окремі слова і фрази для полегшеного сприймання еніоанатомічного матеріалу і для того, щоб було зрозумілим пояснення змісту і значення відповідних еніоанатомічних тем каналової системи. Жирним шрифтом виділені найважливіші еніоанатомічні аспекти каналової системи. Акцентування смислового і логічного еніоанатомічного значення каналової системи суттєво полегшує вивчення її еніоанатомії, сприяє швидкій орієнтації в тексті, допомагає повторенню, концентрації уваги на найважливіших еніоанатомічних аспектах і сприйманню еніоанатомічного матеріалу в цілісній всебічності.

Переважає більшість еніоанатомічної інформації про канали і каналову систему тонкоматеріальних тіл являється новою. Вперше еніоанатомічно описується сушумна, сушумнова система каналів, меруданди, іда, пінгала, мерудандова система каналів, ідова система каналів, пінгалова система каналів, мерудандо-ідово-пінгалова система каналів, правий зірковий канал, правозіркова система каналів, лівий зірковий канал, лівозіркова система каналів, зіркова система каналів, меридіани, меридіанові біологічно активні точки, меридіанова система, мікроканали, анастомозні вузли з'єднання і сітки субультраканалів. Представлені нові еніотехнології розвитку каналів, духовного і ПСІ-феноменального розвитку людини, ПСІ-феноменального цілительства, біолокації та позатілесної проєкції. Еніотехнології розроблені на основі еніоанатомії тонкоматеріальних тіл людини.

Кольорові малюнки та їх інформаційний зміст суттєво доповнюють і конкретизують текст монографії. Малюнки уможливають вивчення еніоанатомії каналів і каналової системи не тільки спільно з текстом, але і самостійно, можуть глибше і ширше інтерпретуватися, допомагають формувати сприйнятливості, спостережливості і правильне уявлення еніоанатомії окремих каналів, мікроканалів, каналової системи, її автономних систем, підсистем і субультрасистем та розвивати правильне еніоанатомічне мислення. Ілюстрації структур каналів і каналової системи зроблено тими кольорами, які властиві каналам і каналовій системі відповідного тонкоматеріального тіла. Червоним кольором зображені канали тільки червоного тонкоматеріального тіла, оранжевим – оранжевого тонкоматеріального тіла, блакитним – блакитного тонкоматеріального тіла, фіолетовим – фіолетового тонкоматеріального тіла і т.д. у всіх тілах. Колір має інформаційне і дидактичне значення, відображає об'єктивні фізичні характеристики, демонструє ілюстративність і дає наочність викладанню еніоанатомії. Малюнки показують, форму, структуру, послідовність розміщення, взаємне положення каналів та їх мікроканалів, шарів, триад і пучків.

Особливу увагу заслуговують контрольні запитання кожної глави і тематичний навчальний план вивчення еніоанатомії каналів та каналової системи тонкоматеріальних тіл людини. Запитання допомагають наблизитися до змісту окремих тем навчальної програми, розумінню і визначенню напряму потенціального використання еніоанатомії каналової системи на користь людини. Розкривають значення каналів і каналової системи для людини. Тематичний план вивчення еніоанатомії тонкоматеріальних тіл людини і контрольні запитання еніоанатомічних тем складені так, що можуть бути використані медичними, психологічними і педагогічними університетами, інститутами, духовними школами, курсами та семінарами спрямованими на вивчення людини, її анатомії та еніоанатомії, на розвиток тонкоматеріальних тіл, на пізнання і практичне оволодіння еніопсіанатомічними технологіями виховання, навчання, розвитку, вдосконалення, лікування, регенерації, реабілітації, рекондиції, професійної підготовки, тренування і соціалізації людини на еніоанатомічній основі тонкоматеріальних тіл. Тематичний навчальний план і контрольні запитання можуть бути використані для створення високоспецифічних навчальних планів вивчення еніоанатомії тонкоматеріальних тіл, які б відповідали профілю навчального закладу. Ознайомлення з тематичним навчальним планом і контрольними запитаннями дозволяє читачам усвідомити обсяг еніоанатомії людини, її значення для усіх еніологічних дисциплін та людини.

Текст, ілюстрації та їх змістовне наповнення являються інформаційною основою не тільки вивчення еніоанатомії каналів і каналової системи, основою еніотехнологій розвитку тонкоматеріальних тіл, але і основою, яка дозволяє ширше і глибше дослідження еніоанатомії каналової системи. Структурованість тексту, еніоанатомічні ілюстрації, термінологічний реєстр, тематичний навчальний план і контрольні запитання уможливають якісне самостійне вивчення каналів і каналової системи тонкоматеріальних тіл, легку орієнтацію в монографії та швидке знаходження інформації необхідної для практичного використання і повторення.

Навчальний матеріал монографії допомагає знайти шляхи та способи утворення в каналовій системі інформаційно-енергетичної основи розвитку людини, її тіл, властивостей, особливостей, здібностей, функцій, функціональних можливостей, духовності, душевності та ПСИ-феноменальності.

Знання еніоанатомії каналів і каналової системи тонкоматеріальних тіл дозволяють проводити експертний аналіз, давати експертну оцінку і експертні заключні висновки відомим технологіям, методам і засобам та створювати нові еніологічні, еніопедагогічні, еніоанатомічні, еніопсихічні, еніомедичні, еніодуховні і ПСИ-феноменальні технології виховання, навчання, розвитку, вдосконалення, лікування, регенерації, реабілітації та рекондиції людини.

Каналова система постійно знаходиться у стані функціонування та безперервно транспортує і перерозподіляє інформаційно-енергетичні матерії між тілами та їх структурами, забезпечує інформаційно-енергетичними матеріями тонкоматеріальні тіла, здійснює внутрішній і зовнішній інформаційно-енергетичний взаємообмін, утворює універсальну, специфічні та високоспецифічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми. Тому необхідно вивчати і досліджувати будову, форму, структуру, архітектоніку, топографію, функції та функціональні можливості каналів і каналової системи тонкоматеріальних тіл і зміни каналів та каналової системи в процесі філогенетичного і онтогенетичного розвитку з позиції інформаційно-енергетичних потреб тонкоматеріальних тіл, розвитку і функціонування людини, її властивостей, особливостей, здібностей, духовності, душевності та ПСИ-феноменальності.

Монографія «Еніоанатомія каналів тонкоматеріальних тіл» являється значним внеском для визнання Еніоанатомії тонкоматеріальних тіл людини навчальною і науковою дисципліною.

**Монографія призначена для:**

- вивчення еніоанатомії сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових, носових, очних, вушних каналів, меридіанів, меридіанових біологічно активних точок, анастомозних вузлів з'єднання, мікроканалів, ультраканалів, субультраканалів, сіток субультраканалів, каналової системи, автономних каналових систем, ультрасистем і субультрасистем
- формування високоспецифічного еніоанатомічного мислення

- пізнання еніоанатомічної суті каналової системи тонкоматеріальних тіл
- пояснення будови, структури, архітекtonіки, топографії, функцій і функціональних можливостей окремих каналів, мікроканалів, каналової системи, автономних каналових систем, ультрасистем і субультрасистем
- усвідомлення практичного значення еніоанатомії каналової системи для розвитку тонкоматеріальних тіл, утворення життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій, для розвитку властивостей, особливостей, здібностей, функцій, функціональних можливостей, духовності, душевності та ПСІ-феноменальності людини
- того, щоб дати еніоанатомічні знання каналової системи новим еніоанатомічним, еніорефлексотерапевтичним, еніомедичним, еніопсихічним, еніопедагогічним та іншим еніотехнологіям
- використання еніоанатомічної інформації каналової системи для оцінки, корекції, переробки і вдосконалення відомих еніотехнологій, методів і засобів розвитку людини, її тонкоматеріальних тіл, духовності, душевності та ПСІ-феноменальних здібностей
- використання еніоанатомічної інформації каналової системи для створення і розробки нових еніоанатомічних, еніопсіанатомічних, еніопсихічних, еніопедагогічних і еніодуховних технологій, методів і засобів всебічного, збалансованого, гармонійного і універсального розвитку тонкоматеріальних тіл та їх каналової системи
- використання еніоанатомічної інформації каналової системи для створення і розробки нових еніотерапевтичних технологій, методів і засобів профілактичної медицини, рефлексотерапії, медицини здорової людини, здорового способу життя, еніомедицини, еніодуховної медицини, ефективного лікування життєво небезпечних хвороб, для оптимальної морфологічної та функціональної регенерації, реабілітації та рекондиції
- того, щоб еніоанатомічна інформація каналової системи тонкоматеріальних тіл конкретизувала, спрямовувала, уточнювала, об'єктивізувала, утримувала і координувала концентрацію, голографічне уявлення, візуалізацію, активну медитацію, еніоанатомічне, еніопсихічне, еніопсіанатомічне, ПСІ-феноменальне і еніодуховне тренування у відповідності з еніоанатомічною нормою, всебічним, збалансованим, гармонійним і універсальним розвитком тонкоматеріальних тіл, каналів і каналової системи
- використання еніоанатомічної інформації каналової системи для контролю, оцінки, прогнозу, діагностики, наукових досліджень та отримання нової інформації про будову, форму, структуру, архітекtonіку, топографію, функції, функціональні можливості та практичне використання каналової системи тонкоматеріальних тіл.

У цілому монографія дає необмежені можливості використання еніоанатомічної інформації каналової системи тонкоматеріальних тіл для їх універсального розвитку, для поєднання виховання, навчання, розвитку, лікування і регенерації, для практичної реалізації нових високоефективних еніотехнологій рефлексотерапії, еніомедицини, еніодуховного і ПСІ-феноменального розвитку людини, для досягнення інформаційної чистоти каналової системи, інформаційно-енергетичної ідентичності, інформаційно-енергетичного гомеостазу та імунітету тонкоматеріальних тіл, для досягнення абсолютного здоров'я, довголіття, життєвої гармонії, життя без болю, депресій та криз.

**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](mailto:joun_dim@mail.lviv.ua); [server36@ukr.net](mailto:server36@ukr.net)

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

*Наукове видання*

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ**  
**Здоровий спосіб життя**  
Збірник наукових праць  
Випуск 28 (94)

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 17.07.2014  
Формат 60\*84/8. Папір офсетний  
Гарнітура Times New Roman  
Друк цифровий.  
Ум. друк. арк. 8,37. Фіз. друк. арк. 9.  
Наклад 90 прим..