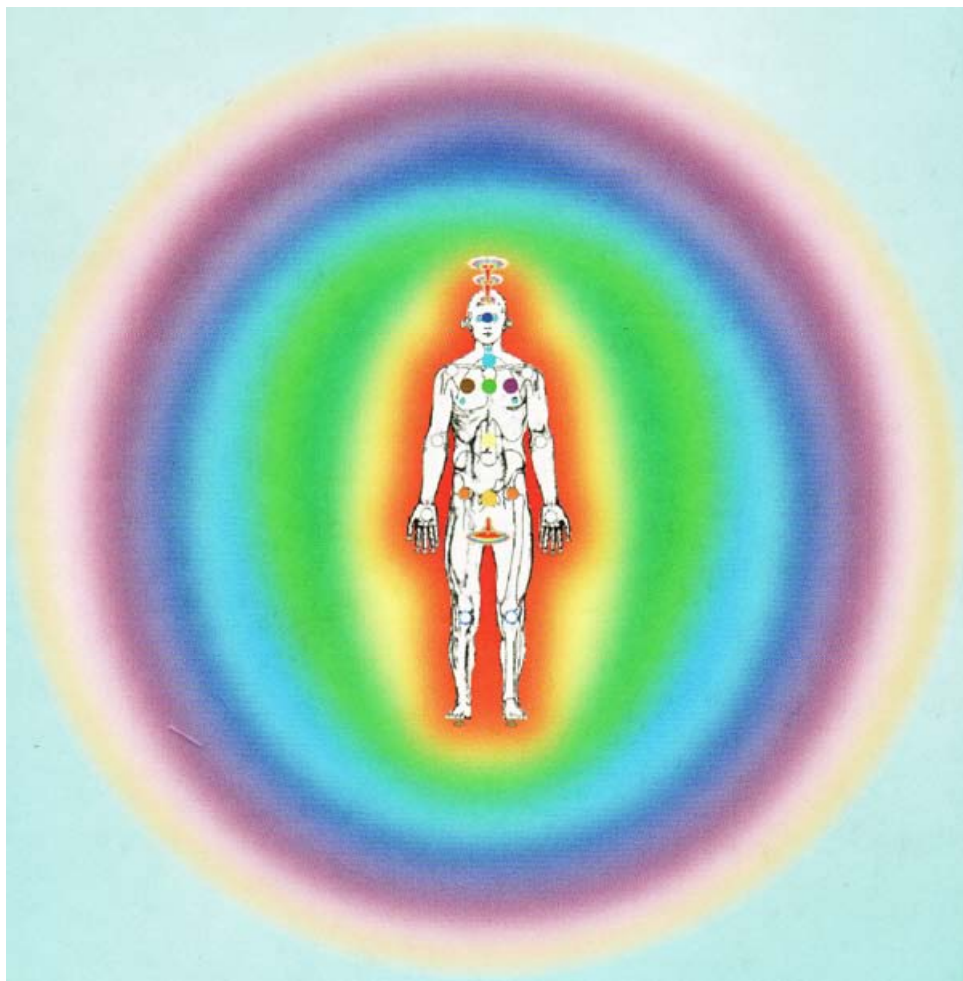


**Західний центр енергоінформаційних наук
Українська Міжнародна академія
профілактичної медицини НТШ**

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ**



**Збірник наукових праць
Випуск 32 (98)**

Львів 2014

УДК:613 (082)
ББК 52.201
Ф423

Редакційна колегія:

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

Редакційна рада:

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

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

Феномен людини. Здоровий спосіб життя [Текст]: зб.наук.ст. / За ред. доц. Ю.М. Панишка. – Львів, 2014. – Вип. 32. – 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

ISSN 2307-0722

© Ю. М. Панишко, 2014

ЗМІСТ

Відомості про авторів		4
Бабляк С.Д., Панишко Ю.М., Солтис Л.І.	Особливості резистентної артеріальної гіпертензії у пацієнтів похилого віку	5
Васильчук А.Л.	Особливості оранжевого тонкоматеріального тіла людини	7
Висоцька О.Л.	Моральний аспект вживання алкоголю (Думки видатних людей)	17
Матвієнко Ю.О.	Невідкладні екстрапірамідні синдроми у практиці невролога	22
 <i>ХРОНІКА</i> 		
Фільчагова І.О., Цимбала О.М.	Деякі визначні дати жовтня	37
Редколегія	Поздоровлення ювілярів ЛНМУ імені Данила Галицького	42
Панишко Ю.М., Бумбар О.І., Васильчук А.Л., Пашковська О.Я.	Хроніка жовтня. Ювілейні дати вітчизняних лікарів та вчених	43
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л.	Олександр Гаврилович Гурвич. До 140-річчя від дня народження	50
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л.	Олександр Абрамович Грандо. До 95-річчя від дня народження	52
Панишко Ю.М., Орел В.Г., Кулинич Р.О.	Георгій Григорович Караванов. До 115-річчя від дня народження	54
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Тарасов В.В., Шевелюк О.В.	Хроніка жовтня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених	59
Панишко Ю.М., Горицький В.М.	Рене Леріш. До 135-річчя від дня народження	65
Томашевський Я.І., Панишко Ю.М.	Константин Іон Пархон. До 140-річчя від дня народження	67
Редколегія	Інформаційний матеріал	69

Відомості про авторів

Бабляк Сергій Дмитрович – лікар-кардіолог вищої кваліфікаційної категорії Львівської обласної клінічної лікарні.

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

Висоцька Ольвія Леонідівна – асистент кафедри іноземних мов для гуманітарних факультетів Львівського національного університету імені Івана Франка.

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

Кулинич Римма Олександрівна – головний лікар санаторію-профілакторію Львівського національного університету імені Івана Франка, лікар вищої кваліфікаційної категорії з організації і управління охорони здоров'я.

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

Орел Валентина Георгіївна – лікар-гематолог Львівської обласної поліклініки, лікар вищої кваліфікаційної категорії.

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

Пашковська Ольга Ярославівна – завідувач сектором відділу комплектування наукової бібліотеки Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Солтис Любов Іванівна – лікар-лаборант вищої кваліфікаційної категорії Львівської обласної клінічної лікарні.

Тарасов Віктор Вікторович – лікар, стоматолог-ортопед вищої кваліфікаційної категорії, начальник зубопротезної лабораторії Клініки щелепно-лицевої хірургії та стоматології Військово-медичного центру Західного регіону.

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

Фільчагова Ірина Олексіївна – завідувач відділу науково-медичної інформації КЗ ЛОР “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

Цимбала Оксана Миронівна – бібліограф КЗ ЛОР “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

Шевелюк Ольга Володимирівна – бібліотекар наукової бібліотеки Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

С.Д. БАБЛЯК, Ю.М. ПАНИШКО, Л.І. СОЛТИС
ОСОБЛИВОСТІ РЕЗИСТЕНТНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У
ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ

*Стаття присвячена особливостям резистентної гіпертензії у осіб похилого віку.
Ключові слова: артеріальна гіпертензія, похилий вік, терапія.*

*Статья посвящена особенностям резистентной гипертензии у лиц пожилого
возраста.
Ключевые слова: артериальная гипертензия, пожилой возраст, терапия.*

*This article is devoted to the peculiarities of resistant hypertension in the elderly
Key words: hypertension, advanced age, therapy.*

У 2013 р. з'явилися нові рекомендації Європейського товариства з артеріальної гіпертензії (European Society of Hypertension, ESH) та Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology, ESC) щодо ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ).

У сучасній практиці лікування АГ питання про вибір конкретного антигіпертензивного препарату (АГП) тієї чи іншої групи має менше значення, ніж у попередні роки. Суттєво збільшилося значення комбінованої антигіпертензивної терапії і цільові рівні АТ досягаються шляхом застосування не одного, а двох або трьох препаратів.

Наприкінці 2013 р. з'явилися восьмі рекомендації Об'єднаного національного комітету США з попередження, оцінки й лікування АГ (Joint National Commission on Prevention, Evaluation and Treatment of Hypertension, JNC 8). Американські експерти вперше в історії створення таких документів дещо послабили вимоги щодо цільових рівнів артеріального тиску, орієнтуючись на реальну доказову базу. У пацієнтів похилого віку в якості критеріїв для початку терапії визначили рівні АТ понад 150/90 мм рт. ст. Визнано, що в якості засобів початку лікування АГ можуть бути використані 4 групи: тіазидові діуретики, антагоністи кальцію, ІАПФ або сартани.

Клінічний досвід показує, що більшість випадків так званої резистентності АГ (~75%) обумовлена неадекватністю попередніх призначень, а саме недостатніми дозами і кількістю препаратів. Другою причиною резистентної АГ є низька прихильність пацієнтів до лікування.

Несприятливий вплив РГ на органи-мішені були вивчені науковцями Італії. В дослідженні Vobarno вивчалися показники ІМТ, глюкози крові, загальний холестерин, тригліцериди та сечова кислота. Дані представлені в таблиці 1.

Таблиця 1.

**Показники дослідження у пацієнтів з контрольованою та резистентною
гіпертензією за даними Vobarno Study (1996)**

Показники	Контрольована гіпертензія	Резистентна гіпертензія	Критерії
Вік (роки)	61 ± 10	69 ± 4	0,001
Стать (чол, %)	46%	27%	0,04
ІМТ (кг/м ²)	26,6 ± 3,4	24,2 ± 4,3	> 0,05
Глюкоза (мг/дл)	103 ± 19	115 ± 47	> 0,05
Загальний холестерин (мг/дл)	213 ± 37	221 ± 50	> 0,05
Тригліцериди (мг/дл)	144 ± 159	144 ± 71	> 0,05
Сечова кислота (мг/дл)	5,15 ± 1,4	5,2 ± 1,1	> 0,05

Виявилося, що гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ) у хворих з РГ становить 40%, в той час як ГЛШ у пацієнтів з КГ дорівнює 21%, атеросклеротичні бляшки в сонних артеріях у осіб з РГ відмічаються у 98%, а у осіб з КГ лише у 82%, зменшена швидкість клубочкової фільтрації зустрічається при РГ у 23%, а у осіб з КГ - лише у 8%. Збільшена швидкість пульсової хвилі зустрічається відповідно у 79% та 43% пацієнтів.

Бразильські дослідники, починаючи з 2004 р. представили дані про 1699 пацієнтів із АГ. Резистентна гіпертензія була зареєстрована у 257 пацієнтів (15,1%). Інтенсифікація антигіпертензивної терапії у пацієнтів з РГ спостерігалася при наявності супутньої патології (ІХС, ХСН, ГЛШ).

Американський дослідник Перселл (2011) серед 3710 пацієнтів з АГ виявив у 8,9% хворих наявність резистентної гіпертензії. Група хворих з РГ була старше за віком, мала вищі показники ІМТ, у них частіше спостерігалася альбумінурія та супутня патологія: ІХС, ХСН, перенесений інсульт та ЦД.

Іспанський реєстр хворих з АГ містить дані про 68045 пацієнтів.

Діагностика РГ включала 8295 осіб, з яких 62,5% осіб була діагностована істиннорезистентна АГ, а у 37,5% - гіпертензія "білого халату". У встановленні діагнозу, окрім офісного та домашнього контролю АТ, проводили добове моніторування АТ (ДМАТ). В першій групі чоловіки склали 54,6%, в другій - 46,0%, тривалість гіпертензії складала понад 10 років в обох групах. У пацієнтів 1 групи був гірший серцево-судинний профіль.

Нами на базі Львівської обласної клінічної лікарні проведений аналіз хворих з артеріальною гіпертензією.

Обстежено 219 пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), серед яких – 88 чоловіків та 131 жінка віком від 60 до 89 років. Хворі були розподілені на 2 групи: 57 пацієнтів з резистентною гіпертензією (РГ) і 162 пацієнти з контрольованою гіпертензією (КГ).

Критеріями РГ вважали недосягнення цільового рівня АТ (< 140/90 мм рт.ст.). На фоні прийому 3 антигіпертензивних препаратів (АГП) різних класів (один є діуретик) в оптимальних дозах, а критеріями КГ – досягнення цільового рівня АТ (< 140/90 мм рт.ст.) на фоні прийому трьох АГП. У хворих визначали вік, САТ, ДАТ, ЧСС, індекс маси тіла (ІМТ), рівень освіти, місце проживання, кількість АГП на щоденний прийом.

САТ і ДАТ в групі хворих з РГ значно перевищували аналогічні показники у групі з КГ (157,5 мм рт.ст. проти 124,8 мм рт.ст. і 94,6 мм рт.ст. проти 81,5 мм рт.ст. відповідно). ЧСС у пацієнтів 1 групи складала 75,4 уд/хв. проти 70,0 уд/хв. у пацієнтів 2 групи.

Показники ІМТ у пацієнтів 1 групи склали 29,2 кг/м², а у хворих 2 групи – 27,6 кг/м². На показники АТ впливають наявність вищої освіти та місце проживання.

Так, у пацієнтів 1 групи рівень вищої освіти складав 40,35%, у хворих 2 групи – 57,40%. Мешканців сільської місцевості в 1 групі було 68,42%, у другій – 48,77%. Аналіз супутньої патології виявив у пацієнтів 1 групи: наявність ХСН (17,54% проти 6,79%), ЦД (21,05% проти 12,35%) ХЗН (14,04% проти 6,74%), ожиріння (45,61% проти 30,85%).

ЛІТЕРАТУРА

1. Очеретяна Н. Жарінов О.Й: Лікування АГ у різних категорій пацієнтів: сучасні стандарти та реальна клінічна картина / Н. Очеретяна // Здоров'я України. – 2014. – №1 (32). – С. 36-37.
2. Calhoun D.A., Jones D., Textor S. et al. Resistant hypertension: Diagnosis, evaluation and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research // Hypertension. – 2008. – Vol. 51. – P. 1403-1419.

3. De la Sierra A., Segura J., Banegas J.R. et al. Clinical features of 8295 patients with resistant hypertension classified on the basis of ambulatory blood pressure monitoring // Hypertension. – 2011. – Vol. 57. – P. 898-902.
4. Muiesan M.L., Pasini G., Salvetti M. Cardia and Vascular structural changes. Prevalence and revaluation to ambulatory blood pressure in a middle-aged general population in northern Italy: the Vobarno Study // Hypertensia. – 1996. – Vol. 27. – P. 1046-1052.
5. Muxfeldt S.E., Nogueiro A.R., Salles G.F., Bloch K.V. Demographic and clinical characteristics of hypertensive patients in the internal medicine outpatient clinic of university hospital in Rio de Janeiro // Sao Paulo Med. J. – 2004. – Vol. 122. – P. 87-93.
6. Persell S.D. Prevalence of Resistant Hypertension in the US, 2003-2008 // Hypertension. – 2011. – Vol. 57. – P. 1076-1080.

А.Л. ВАСИЛЬЧУК

ОСОБЛИВОСТІ ОРАНЖЕВОГО ТОНКОМАТЕРІАЛЬНОГО ТІЛА ЛЮДИНИ

Впервые у світі пояснюються особливості оранжевого тонкоматеріального тіла людини

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

Впервые в мире объясняются особенности оранжевого тонкоматериального тела человека.

Ключевые слова: эниоанатомическая норма; гипотрофия; гиподисфункция; гипертрофия; гипердисфункция; специфические функции.

For the first time in the world are the special features of the orange subtle body.

Key world: enioanatomical standard; hypotrophy; hypofunction; hypertrophy; hyperfunction; specific functions.

Продовження з випуску 27(93) – 31(97)

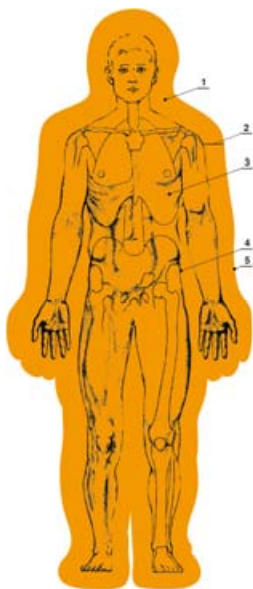
Морфофункціональна норма, гіпотрофія, гіпофункція, гіпертрофія і гіперфункція зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла впливають на розвиток людини, її тіл, властивостей, особливостей, здібностей, функціональних можливостей, стан здоров'я, характер фізіологічних, психічних, інтелектуальних,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

Еніоанатомічна норма оранжевого тонкоматеріального тіла

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

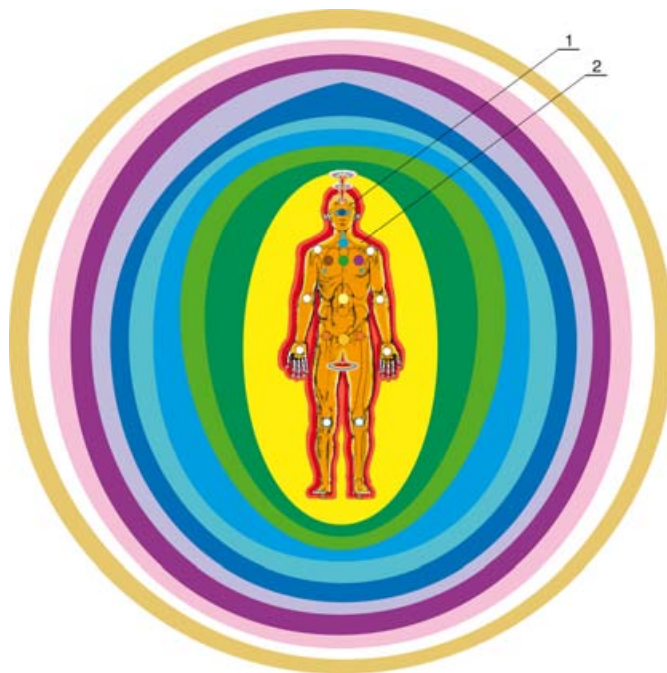
Оранжеве тонкоматеріальне тіло розвинуте до структурно-функціональної норми (Мал.1) інформаційно-енергетично забезпечує морфогенез, в більшій мірі, тканин і структурно-функціональних одиниць, та в меншій мірі, клітин та їх органел. Допомогає підтримувати функції клітин, посилює здоров'я, імунітет, життєздатність, життєдіяльність, силу м'язів, сексуальну потенцію, покращує еластичність фіброзних (колагенових, еластичних і ретикулярних) волокон сполучних тканин, збільшує амплітуду рухів у суглобах, покращує гнучкість, допомагає загартуванню і адаптації організму до зовнішнього середовища. Під впливом оранжевого тіла у людини **формується** високорозвинутий інтелект, усвідомлення значення режиму дня, харчування, відпочинку, фізкультури та гігієни тіла для розвитку

людини, **здатність володіти** психофізіологічними методами розслаблення скелетних м'язів, релаксації та регенерації організму, **розвивається** інтуїція, рухова пам'ять, здібність до цілительства і володіння фізичним світом. Психоемоціонально людина проявляється комунікаційністю, відвертістю, гуманністю, добротою, толерантністю, оптимізмом, позитивними емоціями, неконфліктністю, відсутністю негативних емоцій і заспокійливим впливом на людей. Оранжеве тіло інформаційно-енергетично обумовлює проявлення соціально-біотичних властивостей людини переважно розумом, розсудливістю, практичністю, обережністю, увагою до суспільних інтересів і окремих людей, але іноді при інформаційно-енергетичному забрудненні проявляється легковажність, пасивність та лінощі.



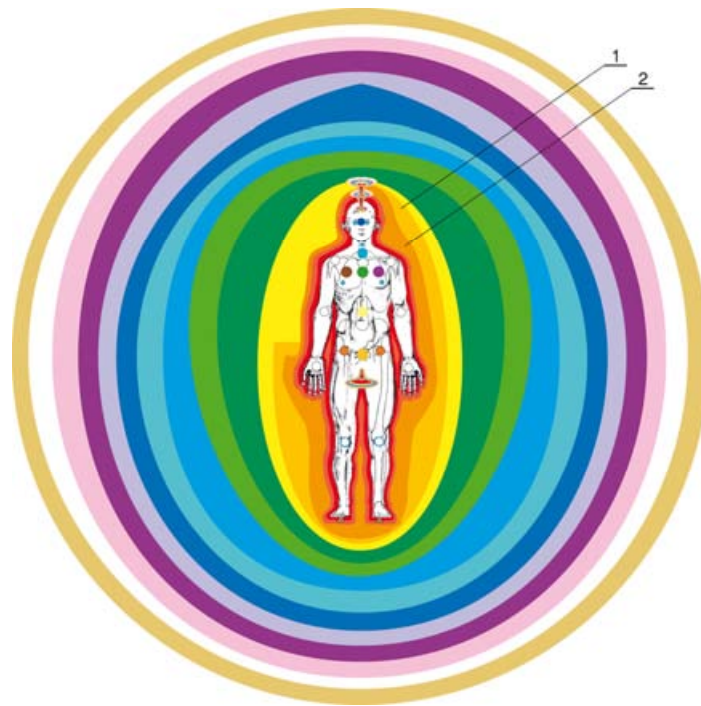
Мал.1. Оранжеве тонкоматеріальне тіло:

1 – оранжеве тіло; 2 – зовнішня частина оранжевого тонкоматеріального тіла; 3 – внутрішня частина оранжевого тонкоматеріального тіла; 4 – внутрішня оболонка оранжевого тіла; 5 – зовнішня оболонка оранжевого тіла.



Мал.2. Гіпотрофія зовнішніх частин оранжевого і світлосяючого оранжевого тонкоматеріальних тіл:

1- оранжеве тонкоматеріальне тіло; 2 - світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло.



Мал.3. Гіпертрофія зовнішніх частин оранжевого і світлосяючого оранжевого тонкоматеріальних тіл:

1 – світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло; 2 – оранжеве тонкоматеріальне тіло.

Оранжеве тонкоматеріальне тіло інформаційно-енергетично **забезпечує** у більшій мірі морфогенез тканин і структурно-функціональних одиниць, в меншій мірі клітин та їх органел, переважно **сприяє** анатомо-морфофункціональному розвитку дихальної, серцево-судинної, видільної, статевої та імунної системи, товстого кишечника, жовчного міхура, селезінки, підшлункової залози, наднирників і статевих залоз, **бере участь** в інформаційно-енергетичній регуляції обміну речовин, **посилює** функції кровообігу і лімфотоку, **формує та проявляє** сексуально-емоціональну ідентичність людини. У репродуктивному віці людини з оранжевого тіла починається створення інформаційно-енергетичної біоплазми нового людського життя, яка в більшій мірі концентрується в області статевих органів та оранжевого чакрового конуса чакри свадхістхани і випромінюється оранжевим тілом до зовнішнього середовища для інформаційно-енергетичної сексуальної орієнтації з метою пошуку взаємного партнерства для безпроблемного зачаття нового людського життя, найкращих батьків для майбутніх дітей, закладення гармонійних подружніх і родинних стосунків. Інформаційно-енергетична біоплазма нового людського життя інформаційно-енергетично забезпечує овогенез, спермогенез, рух яйцеклітини та сперматозоїдів до маткових труб і процес запліднення. Оранжеве тіло містить в собі інформаційно-енергетичний потенціал мотивації до праці, до підвищення її продуктивності, якості та ефективності, самовдосконалення і реалізації індивідуальної незалежності.

На рівні фізичного Буття людини оранжеве тонкоматеріальне тіло **створює** інформаційно-енергетичні умови оздоровлення, функціонування, життєздатності та життєдіяльності тканин, структурно-функціональних одиниць і клітин, **уможливорює** запліднення і виникнення нового людського життя, **посилює** здоров'я, додає сили, **інформаційно-енергетично сприяє** прояву радості, веселості, честолюбності, гармонії, оптимізму, життєвої мудрості, **стимулює** фізичний розвиток, інтелект, творчий стан, інтуїцію, емоції, почуття, співпрацю і гармонію сексуальних відносин, а якщо його інформаційно-енергетичні біоплазми забруднені, то може сприяти проявам зневаги, егоїзму, легковажності,

лінощів, апатії та сексуальної агресивності. За допомогою інформаційно-енергетичного потенціалу оранжевого тіла людина **розмножується**, а також **вдосконалюються** всі ті її властивості, особливості, здібності та функціональні можливості, які обумовлені червоним і світлосяючим червоним тонкоматеріальними тілами; **розширюються та посилюються** первинні можливості душевного, духовного і божественного розвитку людини; **збільшується** кількість інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій та інформаційно-енергетичних біоплазм, необхідних для розмножування, життя, виживання, розвитку, життєздатності, життєдіяльності, пізнання земного світу і для свідомої соціально-біотичної діяльності; **людина набуває** таких соціально-біотичних властивостей, особливостей, здібностей та функціональних можливостей, які дають їй можливість зрозуміти фізичний матеріальний світ. Усі властивості, особливості, здібності та функціональні можливості людини обумовлені оранжевим тонкоматеріальним тілом, можуть поглиблюватися, розширюватися і вдосконалюватися **оранжевим компонентом** світлосяючого оранжевого, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, **червоним компонентом** світлосяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл і **жовтим компонентом** світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, бузкового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл.

У процесі еніопедагогічного, еніоанатомічного, еніопсіанатомічного, еніопсихічного та еніомедичного впливу на людину оранжевими інформаційно-енергетичними матеріями посередництвом і за допомогою оранжевого тонкоматеріального тіла реагує не тільки оранжеве тонкоматеріальне тіло, але й червоне, світлосяюче червоне, світлосяюче оранжеве, жовте, зелене, світлосяюче зелене, бірюзове, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальне тіла, а також ціла оранжева голографічна інтеграція тонкоматеріальних тіл. Оранжевими інформаційно-енергетичними матеріями можливо свідомо та цілеспрямовано впливати на людину **не лише** через оранжеве тонкоматеріальне тіло, але і через окремо взяте червоне, світлосяюче червоне, світлосяюче оранжеве, жовте, зелене, світлосяюче зелене, бірюзове, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальне тіло, **а також, інтегрально**, через оранжеву голографічну інтеграцію тонкоматеріальних тіл **з акцентом** на будь-яке тонкоматеріальне тіло голографічної інтеграції з різною послідовністю, синхронно, асинхронно, ритмічно, аритмічно, з однаковою чи різною інтенсивністю і силою, короткочасно, довгочасно, з різною кількістю тіл, з різноманітними комбінаціями цих тіл та з цілою оранжевою голографічною інтеграцією тонкоматеріальних тіл. Наслідком цього є різний ефект еніоанатомічних, еніопсіанатомічних, еніопедагогічних, еніофізіологічних, еніопсихічних, еніобіологічних, еніотерапевтичних, еніомедичних та інших еніологічних технологій, методів і засобів.

Єдність матеріального та духовного в людині, інтегральність оранжєвих, червоних, світло-сяючих червоних та жовтих інформаційно-енергетичних рівнів Буття людини, Землі і Всесвіту, духовний розвиток і духовність соціально-біотичних проявів людини можливо забезпечити спеціальними методами цілеспрямованого впливу оранжевими, червоними, світлосяючими червоними та жовтими інформаційно-енергетичними матеріями на оранжеве тонкоматеріальне тіло і на тонкоматеріальні тіла в яких природно присутня оранжева, червона, світлосяюча червона і жовта інформаційно-енергетична матерія. **Тільки за умови** розвинутого оранжевого тонкоматеріального тіла та його збалансованого структурно-функціонального співвідношення з усіма тілами людини, **можливо у повній мірі використати** інформаційно-енергетичний потенціал оранжєвих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонів електромагнітного спектра інформаційно-енергетичних полів людства, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту, Бога, Духа Святого, Ісуса Христа, Божої Матері та ін. для свого духовного розвитку, виховання, навчання, регенерації, реабілітації, рекондиції, лікування і для формування відповідних духовних, професійних, психічних, інтелектуально-ментальних, емоціональних, моральних, етичних, естетичних і соціально-біотичних властивостей, **бути невід'ємною частиною** космічного Буття оранжєвих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонів електромагнітного спектра, а також **постійно і безперервно** здійснювати з

ними інформаційно-енергетичний взаємообмін. Це в оптимальних умовах дає можливість: **утворювати** інформаційно-енергетичні біоплазми нового людського життя; **створити** інформаційно-енергетичні **умови** розмноження, сексуальної орієнтації, формування і прояву індивідуальної сексуальної ідентичності, пізнання світу, свідомої біотичної та соціальної діяльності, посилення здоров'я; **адекватно** виховувати, розвивати і формувати властивості, які дають можливість зрозуміти фізичний світ, властивості цілителя; **дієво** використати оранжеві, червоні, світлосяючі червоні та жовті інформаційно-енергетичні матерії для ефективного лікування, регенерації, реабілітації і рекондиції.

Гіпотрофія та гіпофункція зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла

Гіпотрофія зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла це такий еніоанатомічний стан, при якому зовнішня частина оранжевого тонкоматеріального тіла зменшується до розмірів зовнішньої частини світлосяючого червоного та червоного тонкоматеріальних тіл і внутрішніх частин тонкоматеріальних тіл з довготривалою функціональною пасивністю (Мал.2).

Гіпотрофія та гіпофункція зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла: **проявляється дезінтеграцією та послабленням** структурно-функціональної єдності фізичного тіла з оранжевим тілом та з оранжевою голографічною інтеграцією тонкоматеріальних тіл; **послаблює** оранжеву голографічну інтеграцію тонкоматеріальних тіл; **зменшує** функціонально необхідний інформаційно-енергетичний взаємообмін в оранжевих, червоних, світлосяючих червоних та жовтих діапазонах електромагнітного спектра; **послаблює** проявлення всіх властивостей, особливостей, здібностей і функціональних можливостей, обумовлених оранжевим тонкоматеріальним тілом та оранжевими інформаційно-енергетичними матеріями. При цьому **виникає дефіцит** інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій та інформаційно-енергетичних біоплазм оранжевих, червоних, світлосяючих червоних та жовтих діапазонів електромагнітного спектра в індивідуально-універсальній життєвій інформаційно-енергетичній біоплазмі і у специфічних та високоспецифічних оранжевих, червоних, світлосяючих червоних та жовтих життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах, і цим блокується вдосконалення та універсальний розвиток оранжевого тонкоматеріального тіла, оранжевої, світлосяючої оранжевої, червоної, світлосяючої червоної, жовтої, зеленої, світлосяючої зеленої, бірюзової, бузкової, фіолетової, рожевої, білої і золотої голографічних інтеграцій тонкоматеріальних тіл. **На фізичному рівні** у людини гіпотрофія та гіпофункція зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла проявляється **функціональними порушеннями** тканин, структурно-функціональних одиниць і клітин, **сповільненими процесами** ділення та розвитку клітин (особливо статевих), **проблематичним** процесом запліднення, **слабкими** сексуальними емоціями, відмовою від сексуальних відносин, **послабленням** імунітету, захисних сил організму, адаптаційних властивостей і здоров'я, **підвищеною схильністю** до хвороб органів статевої, видільної та серцево-судинної системи, крові, лімфи, колагенових, еластичних і ретикулярних волокон сполучних тканин, **порушеннями** процесів обміну речовин і засвоєння кальцію в організмі. **Одночасно** виникає почуття незадоволення своїм життям, песимізм, апатія, стрес, депресія, ізоляція від активного життя, людина недооцінює свої здібності, має недостатню самоповагу, не здатна об'єктивно себе оцінювати і самостійно визначити свої перспективи.

Гіпертрофія та гіперфункція зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла

Гіпертрофія зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла це такий еніоанатомічний стан, при якому зовнішня частина оранжевого тонкоматеріального тіла збільшена до розмірів зовнішньої частини світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого аж до золотого тонкоматеріальних тіл з довготривалим функціональним переважанням (мал.3).

Гіпертрофія та гіперфункція зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла: **посилює і прискорює** формування структурно-функціональної єдності оранжевого тіла, оранжевої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл з фізичним тілом; **посилює** оранжеву голографічну інтеграцію тонкоматеріальних тіл; **переповнює** оранжевою інформаційно-енергетичною матерією оранжеву, світлосяючу оранжеву, рожеву, білу і золоту голографічні інтеграції тонкоматеріальних тіл; **переповнює** червоною і світлосяючою червоною інформаційно-енергетичною матеріями червону, світлосяючу червону, оранжеву, світлосяючу оранжеву, бузкову, фіолетову, рожеву, білу і золоту голографічну інтеграції тонкоматеріальних тіл і жовтою інформаційно-енергетичною матерією **переповнює** оранжеву, світлосяючу оранжеву, жовту, зелену, світлосяючу зелену, бірюзову, рожеву, білу і золоту голографічну 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. **Збільшуються** об'єми інформаційно-енергетичного взаємообміну в оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонах електромагнітного спектру, **посилюється** проявлення всіх властивостей, особливостей, здібностей та функціональних можливостей, обумовлених оранжевим тонкоматеріальним тілом і оранжевими інформаційно-енергетичними матеріями. Таким чином, виникає **надлишок** інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій та інформаційно-енергетичних біоплазм оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонів електромагнітного спектра в індивідуально-універсальній життєвій інформаційно-енергетичній біоплазмі, специфічних та високоспецифічних оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах. **Спочатку прискорюється** вдосконалення та універсальний розвиток оранжевого тонкоматеріального тіла, оранжевої, світлосяючої оранжевої, червоної, світлосяючої червоної, жовтої, зеленої, світлосяючої зеленої, бірюзової, бузкової, фіолетової, рожевої, білої і золотої голографічних інтеграцій тонкоматеріальних тіл, а **потім сповільнюється** з ризиком виникнення самодеструкції. Гіпертрофія та гіперфункція зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла **посилює** функціональну активність тканин, структурно-функціональних одиниць і клітин, **стабілізує** функції фізичного тіла і не допускає фізичну втому, **допомагає** фізичному розвитку, розвитку інтелекту, інтуїції та цілительських здібностей, **збуджує** нервову систему, **стимулює** сексуальні почуття і сексуальну активність, інформаційно-енергетично **наповнює і посилює** інформаційно-енергетичне поле людини. Якщо його інформаційно-енергетичні біоплазми забруднені, то це може сприяти легковажним і непродуманим діям, сексуальному зловживанню, насиллю, токсикоманії, сексуальній залежності, залежності від окремих людей, відповідних соціальних ситуацій, одягу, харчування та ін., що обмежує особисту свободу, розвиток людини, соціальну комунікацію і спілкування та веде до колапсу особистості.

Переважає більшість інформаційно-енергетичних матерій темних та брудних оранжевих відтінків в оранжевому тілі свідчить про неповагу та егоїзм людини, а світлих, приємних відтінків – вказує на честолюбність і дружелюбність до людей і навколишнього середовища. Присутність комбінацій інформаційно-енергетичних матерій: **оранжево-коричневих** діапазонів електромагнітного спектра в оранжевому тілі спричиняє патологічні зміни в органах фізичного тіла; **оранжево-зелених** діапазонів електромагнітного спектра - пригнічує активність, посилює лінощі і конфліктність людини; **оранжево-рожевих** діапазонів електромагнітного спектра – посилення життєздатності і життєдіяльності, очищення організму від токсичних речовин, посилення імунної системи, лікування алергії, стимулювання ментальних процесів духовно-божественного значення, безумовну духовну любов в активних гармонійних подружніх і сексуальних відношеннях.

Специфічні функції оранжевого тонкоматеріального тіла **Пояснення та інтерпретація специфічних функцій оранжевого тонкоматеріального тіла:**

1. **Морфогенетична функція** оранжевого тіла проявляється як утворюючий і формуючий процес в більшій мірі тканин і структурно-функціональних одиниць, ніж органів, систем організму та фізичного тіла в цілому. Оранжеве тонкоматеріальне тіло в онтогенезі людини інформаційно-енергетично забезпечує реалізацію відповідного рівня природного голографічного програмування індивідуального росту, розвитку, диференціювання і функціонування тканин, структурно-функціональних одиниць та макроструктурного розвитку фізичного тіла. Ріст, розвиток і диференціювання тканин фізичного тіла забезпечується, контролюється і управляється первинною голографічною анатомо-морфоутворюючою матрицею оранжевого тонкоматеріального тіла з можливістю онтогенетичного контролю росту, розвитку і формування органів, систем організму та цілого фізичного тіла. Оранжеве тонкоматеріальне тіло в онтогенезі людини забезпечує реалізацію відповідного рівня природного голографічного причинно-наслідкового індивідуального росту, розвитку, диференціювання і функціонування тканин та структурно-функціональних одиниць фізичного тіла. Морфогенетичну функцію слід сприймати і одночасно пояснювати, як специфічну та ідентичну.
2. В онтогенезі людини мікрочастками, інформаціями, світлом, енергіями та специфічними оранжевими життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами **утримуються, оновлюються і захищаються** індивідуальні анатомо-морфофункціональні норми будови, форми, структури та функції тканин і структурно-функціональних одиниць фізичного тіла від розпаду, знищення, патологічно-деструктивних змін і мутацій під час хвороб чи травм та від впливу патогенних і негативних факторів.
3. **Метаболічна функція** проявляється безпосереднім впливом інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій та специфічних оранжевих життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм оранжевого тонкоматеріального тіла на мікроструктури та ультраструктури залозових клітин, на синтез та секрецію гормонів, ферментів, медіаторів та інших біологічно активних речовин, які обумовлюють індивідуальні властивості обміну речовин, на характер метаболізму в тканинах і структурно-функціональних одиницях органів фізичного тіла. Ця функція проявляється і метаболізмом оранжевих інформаційно-енергетичних матерій, необхідних для забезпечення функціонування оранжевого, світлосяючого оранжевого, червоного, світлосяючого червоного, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл та у цілому оранжевої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл. Метаболічну функцію потрібно одночасно сприймати і пояснювати, як специфічну та ідентичну.
4. **Кінетична функція** проявляється первинним голографічним інформаційно-енергетичним формуванням функції в структурах оранжевого тонкоматеріального тіла з наступним передаванням голографічно сформованих функцій до тканин, структурно-функціональних одиниць, органів, систем організму, фізичного тіла і до людини для їх практичної реалізації. Початок відповідної функціональної діяльності тканин і структурно-функціональних одиниць фізичного тіла відбувається у структурах оранжевого тонкоматеріального тіла і оранжевій голографічній інтеграції тонкоматеріальних тіл, а потім у фізичному тілі. Кінетичну функцію потрібно одночасно сприймати і пояснювати, як специфічну та ідентичну.
5. **Коректувальна функція** проявляється адекватним інформаційним, енергетичним, інформаційно-енергетичним забезпеченням сили, інтенсивності, тривалості, послідовності виникнення або одночасного виникнення, збалансованого співвідношення активності і пасивності функцій тканин, структурно-функціональних одиниць, органів, систем організму, фізичного тіла і людини, а також їх переорієнтації і адаптації до перемінних умов зовнішнього середовища, життєздатності, життєдіяльності, росту фізичного тіла і розвитку людини. Коректувальну функцію потрібно одночасно сприймати і пояснювати, як специфічну та ідентичну.

6. У процесі онтогенетичного розвитку людини інтегрально в оранжевому, частково в червоному, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра **зберігає і утримує** індивідуальну генетичну та інформаційно-енергетичну ідентичність, анатомію, морфологію та фізіологію фізичного тіла людини, анатомо-морфологічні структурні рівні тканин і структурно-функціональних одиниць від розпаду, знищення, патологічно-деструктивних змін і мутацій під час хвороб, травм, впливу патогенних та негативних факторів. Інформаційно-енергетично обумовлює форми і структури біологічного та інформаційно-енергетичного імунітету людини в оранжевому діапазоні електромагнітного спектра і допомагає в червоному, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра.
7. Інформаційно, енергетично та інформаційно-енергетично **обумовлює** інформаційно-енергетичну ідентичність, індивідуальність, імунітет і гомеостаз в оранжевих, червоних, світлосяючих червоних та жовтих діапазонах електромагнітного спектра. Бере участь в організації біологічного імунітету людини.
8. В оранжевих діапазонах електромагнітного спектра **захищає** від інформаційного, енергетичного та інформаційно-енергетичного знищення мікро-, ультра- і субультраанатомію, морфологію та фізіологію тканин і структурно-функціональних одиниць організму.
9. **Захищає** людину та її тіла від негативного впливу радієвого випромінювання, оранжеве тіло своїм червоним компонентом захищає від інфрачервоного випромінювання, а жовтим компонентом – від низькочастотних випромінювань.
10. **Захищає** фізичне тіло, внутрішнє середовище, тканини, структурно-функціональні одиниці, червоне, світлосяюче червоне та оранжеве тонкоматеріальне тіла від проникання до них негативних інформацій, біопатогенних, неприродних і нетипових інформаційно-енергетичних матерій оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонів електромагнітного спектра та від біопатогенних мікроорганізмів.
11. В оранжевому, червоному, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра інформаційно-енергетично **очищає** оранжеве тонкоматеріальне тіло, внутрішнє середовище тканин та структурно-функціональних одиниць органів, а у випадку потреби органи, системи організму та фізичне тіло в цілому, від негативних інформацій, біопатогенних, неприродних, невластивих, нехарактерних і нетипових інформаційно-енергетичних матерій оранжевого, червоного, світлосяючого червоного і жовтого діапазонів електромагнітного спектра та від біопатогенних мікроорганізмів. У червоному і світлосяючому червоному діапазонах електромагнітного спектра інформаційно-енергетично **очищає** оранжеве, світлосяюче червоне і червоне тонкоматеріальне тіла.
12. В оранжевому, червоному, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра **контролює та забезпечує функціонально необхідними інформаційно-енергетичними матеріями** інформаційно-енергетичну біоплазму нового людського життя, розмноження, творення, регенерації і оновлення тканин, структурно-функціональних одиниць, своїх інформаційно-енергетичних структур і структур червоного та світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл. **Управляє усіма цими процесами.**
13. **Трансформує, модулює, синтезує і випромінює** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми оранжевого, червоного, світлосяючого червоного і жовтого діапазонів електромагнітного спектра.
14. **Декодує і кодує** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонів електромагнітного спектра інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища. Декодовані і кодовані інформаційно-енергетичні матерії на біотично-фізичному рівні спрямовуються для морфогенетичних і функціональних

- потреб, в більшій мірі тканин та структурно-функціональних одиниць, в меншій мірі органів, систем організму а на інформаційно-енергетичному рівні для оранжевої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл.
15. **Перерозподіляє** в оранжевих, червоних, світлосяючих червоних та жовтих діапазонах електромагнітного спектра інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми морфогенетичного і психоінтимного характеру, сексуально-емоціональної комунікації, розмножування видів, виникнення нового життя і творчих проявів життя між тканинами та структурно-функціональними одиницями органів, і у випадку необхідності між органами, системами організму, між фізичним тілом і тонкоматеріальними тілами та між тонкоматеріальними тілами оранжевої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл.
 16. **Забезпечує** інформаційно-енергетичний взаємообмін в оранжевому, червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра між тканинами, структурно-функціональними одиницями, органами, системами організму, фізичним тілом і тонкоматеріальними тілами, між тілами оранжевої голографічної інтеграції і тонкоматеріальних тіл з ідентичними для людини інформаційно-енергетичними полями людей, тварин, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і Духовного Буття.
 17. **Передає** для фізичного тіла, світлосяючого оранжевого, червоного, світлосяючого червоного, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл необхідну кількість морфогенетичних, нового людського життя, психоінтимних, сексуально-емоціональних комунікацій, розмножування видів і творчих проявів життя інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонів електромагнітного спектра, які в більшій мірі функціонують на рівні тканин, структурно-функціональних одиниць, органів, систем організму та організму в цілому.
 18. **Забезпечує перехід** інформаційно-енергетичних матерій в оранжевих, червоних і жовтих діапазонах електромагнітного спектра між низькочастотними і високочастотними інформаційно-енергетичними рівнями Буття, між фізичним тілом, червоним, світлосяючим червоним, оранжевим, жовтим, зеленим, світлосяючим зеленим, бірюзовим, бузковим, фіолетовим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальними тілами, між тонкоматеріальними тілами та інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища.
 19. Інформаційно, енергетично та інформаційно-енергетично **обумовлює мотивації володіння** фізичним світом, фізичним тілом, здібністю ПСІ-феноменального цілительства, психофізіологічними технологіями розслаблення м'язів, релаксації, регенерації, **формування** високорозвинутого інтелекту, сексуально-емоціональної ідентичності людини, **творення** інформаційно-енергетичної біоплазми нового людського життя, овогенезу, спермогенезу, руху яйцеклітини і спермій до маточних труб, **процес** запліднення, **виникнення** нового людського життя, **самовдосконалення** та **реалізації** індивідуальної незалежності.
 20. **Уможливорює** симбіоз оранжевого тонкоматеріального тіла з фізичним тілом в оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонах електромагнітного спектра. **Без цього симбіозу неможливе проявлення біотичного життя людини в умовах Землі.**
 21. **Являється основою** для утворення оранжевої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл та бере участь в утворенні червоної, світлосяючої червоної, світлосяючої оранжевої, жовтої, зеленої, світлосяючої зеленої, бірюзової бузкової, фіолетової, рожевої, білої і золотой голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл. **Без оранжевого тонкоматеріального тіла неможлива оранжева голографічна інтеграція тонкоматеріальних тіл.**

22. **Творють** специфічні та високоспецифічні оранжеві життєві інформаційно-енергетичні біоплазми і бере участь у створенні індивідуально-універсальної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми в оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонах електромагнітного спектра.
23. В оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонах електромагнітного спектра постійно **випромінює** у зовнішнє середовище інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми людини і таким чином бере 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, духовного поля людства і єдиного інформаційно-енергетичного поля Всесвіту.
24. **Створює** інформаційно-енергетичну основу доброго здоров'я, сексуальної ідентичності людини, психоінтуїтивної, сексуально-емоціональної комунікації, розмножування видів, творчих проявлень людини, пізнання земного світу і ПСІ-феноменального цілительства.
25. В оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонах електромагнітного спектра **бере участь** в утворенні інформаційно-енергетичного біоплазматичного поля людини.
26. Морфогенетична, метаболічна, кінетична, коректувальна функції, функція забезпечення індивідуальної генетичної та інформаційно-енергетичної оранжевої ідентичності людини і функція забезпечення біотичного та інформаційно-енергетичного оранжевого імунітету людини **можливі при спільному функціонуванні** фізичного тіла, оранжевого, червоного і світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл. Ці функції посилюються, розширюються і вдосконалюються менш щільними тонкоматеріальними тілами, які мають вищі частоти функціонування.
27. Оранжеве тонкоматеріальне тіло вільно **проникає** крізь світлосяюче червоне і червоне тонкоматеріальне тіла та фізичне тіло, з якими з'єднується, є в симбіозі і утворює голографічну структурно-функціональну єдність. При прониканні оранжевого тонкоматеріального тіла крізь світлосяюче червоне та червоне тонкоматеріальні тіла воно повторює їх форму, структуру і внутрішню архітекtonіку, перебирає на інформаційному рівні їх функції і утворює з ними вторинні ідентичні тонкоматеріальні тіла.
28. **Приймає, декодує, кодує і зберігає** в оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонах електромагнітного спектра інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми, необхідні для росту і розвитку фізичного тіла, оранжевого, червоного, світлосяючого червоного, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, для виживання, розмножування і вдосконалювання людського життя, для пристосування до земних умов, соціальної адаптації і активної біотичної та професійної діяльності.
29. В оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонах електромагнітного спектра, оранжеве тіло своєю внутрішньою частиною **формує і віддзеркалює** усі ультра-, мікро- і макроанатомічні та морфофункціональні структури фізичного тіла і структури світлосяючого червоного та червоного тонкоматеріальних тіл. Фізичне тіло тільки у внутрішній частині оранжевого тіла представлено **шість разів: один раз** в первинній інтегральній оранжевій голографічній матриці, **тричі** у компонентних матрицях і **двічі** в ідентичних голографічних матрицях.

Продовження у випуску 33(99)

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.

О.Л. ВИСОЦЬКА

МОРАЛЬНИЙ АСПЕКТ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ (ДУМКИ ВИДАТНИХ ЛЮДЕЙ)

У статті досліджено моральний аспект вживання алкоголю за висловлюваннями видатних людей. Здійснено огляд літературних джерел, котрі містять висловлювання видатних людей на різні теми. Обрані висловлювання систематизовано. Проведено їхній аналіз. З'ясовано різні аспекти впливу вживання алкоголю на моральність людини. Зроблено висновки з проведеного дослідження.

Ключові слова: алкоголь, вплив на організм.

В статье исследован моральный аспект употребления алкоголя согласно с высказываниями выдающихся людей. Осуществлён осмотр литературных источников, которые содержат высказывания выдающихся людей на разные темы. Выбранные высказывания систематизированы. Произведён их анализ. Выяснен ряд аспектов влияния употребления алкоголя на моральность человека. Сделаны выводы из проведённого исследования.

Ключевые слова: алкоголь, влияние на организм.

A moral aspect of the alcohol use in different sayings of the outstanding people is investigated in the article. A review of the bibliography containing the sayings of the outstanding people on different topics is made. The selected sayings are systematized. An analysis is made. Different aspects of influence of alcohol use on the morality of a person (human) are found out. The conclusions of the conducted investigation are made.

Key words: alcohol effects on the body.

1. Вступ

Знання про шкідливість вживання алкоголю були наявні в суспільній свідомості ще задовго до того, як науковці дослідили різні аспекти цього впливу. Вони сформувалися в результаті накопичення як індивідуального досвіду, так і досвіду інших людей, у т. ч. попередніх поколінь. Такі знання передавалися не тільки у вигляді народної мудрості: усних переказів, казок, прислів'їв та приказок, але й у письмових літературних та інших

творах діячів науки, культури, політики, мистецтва тощо, і часто поширювалися у вигляді висловлювань видатних людей, зокрема, “крилатих висловів”, що також користувалися авторитетом серед різних верств населення. Відповідно, вони мали значний вплив на формування суспільної свідомості, проте даний аспект до сьогодні є недостатньо дослідженим та потребує належного вивчення і висвітлення.

У попередньому дослідженні [1], як і в низці інших досліджень, розглядалося, яку шкоду завдає вживання алкоголю здоров'ю людини, її благополуччю та соціальному становищу тощо. Проте, як можна припустити, найбільшої шкоди вживання алкоголю завдає саме соціальній природі людини, деформує процес її соціалізації, перешкоджає формуванню людини як повноцінного члена суспільства і громадянина, а отже і робить непоправну шкоду суспільству, руйнуючи його підвалини.

Мета роботи: дослідити моральний аспект вживання алкоголю за думками видатних людей.

Завдання праці:

- зробити огляд літературних джерел для пошуку висловлювань видатних людей, у котрих йдеться про моральний аспект вживання алкоголю;
- здійснити класифікацію знайдених висловлювань за певними ознаками, а саме за різними наслідками вживання алкоголю на стосунки поміж людьми;
- здійснити аналіз отриманих даних;
- зробити висновки з проведеної роботи.

Передбачено також накреслити перспективи подальших досліджень у цьому керунку.

2. Результати дослідження

Літературними джерелами для проведення дослідження на задану тему слугують збірники висловлювань видатних людей із різного приводу. Як було з'ясовано, лише невелика кількість з них містить висловлювання на задану тему.

Як свідчить здійснений огляд літературних джерел, моральний конфлікт, спричинений вживанням алкоголю, теж має декілька аспектів. Першим і найважливішим із них, з огляду на обрану тему дослідження, є -- спричинення конфлікту людини із власною совістю із-за вживання алкоголю. Згідно з чинною класифікацією, такий конфлікт належить до внутрішньоособистісних конфліктів.

1. Конфлікт із совістю

П'яний робить багато такого, від чого, протверезівши, червоніє. Сенека [3, с. 428].

Людина п'яна здатна на вчинки, про які вона твереза не наважилася б і подумати. Л. М. Толстой [3, с. 429].

Тверезому соромно за те, за що не соромно п'яному. Л. М. Толстой [3, с. 429].

Люди знають цю властивість вина заглушати голос совісті і свідомо вживають його з цією метою. Л. М. Толстой [3, с. 429].

Два останні висловлювання, крім конфлікту з совістю, вказують і на причини вживання алкоголю. У них висловлена суттєва, головна причина, з якої люди вдаються до одурманюючих речовин: п'яна людина здатна вчинити так, як не зможе вчинити тверезою, оскільки її совість - не дозволить їй зробити цього. Отже, вживання алкоголю приглушує голос совісті, а тривале вживання взагалі вбиває його. В інших висловлюваннях йдеться про моральні страждання людини, котра вживає алкоголь.

Проте, значно більше серед таких висловлювань тих, у котрих йдеться про наслідки вживання алкоголю, а саме про шкоду для людини, її особистості, інших людей і для суспільства.

2. Моральна деградація (втрата людської подоби)

Вино надає кожному, хто його п'є, чотирьох властивостей. Спочатку людина стає схожою на павича – вона бахвалиться, її рухи плавні та величні. Згодом вона набуває характеру мавпи і починає зі всіма жартувати та загравати. Потім -- уподібнюється леву і

стає самовпевненою, гордовитою, впевненою у власних силах. Але на завершення -- перетворюється на свиноподібну істоту, котра вивалюється в багні. Абуль-Фарадж [3, с. 428].

П'яному ніхто не довірить нічого таємного. Зенон [3, с. 429].

Пияцтво не створює вад, а лише виставляє їх напоказ. У чванливого та хвалька росте чванство, у жорстокого – лють, у завидючого – злість; кожна вада виходить назовні. Сенека [3, с. 429].

Найжахливішим наслідком п'янок трупків – те, що вино затуманює розум і совість людей: люди від вживання вина стають грубшими, тупішими і злішими. Л. М. Толстой [3, с. 430].

Вино скотинить і звірить людину, робить її жорстокішою і відволікає від світлих думок, тупить її. Ф. М. Достоевський [2, с. 500].

П'яна людина – не людина, бо вона втратила те, що відрізняє людину від худоби – розум. Т. Пен [2, с. 500].

У цих висловлюваннях також йдеться про те, що трапляється з людиною внаслідок уживання алкоголю: вона деградує і втрачає людські риси, зокрема, втрачає власний розум. Відтак, вона втрачає свою вартість в очах оточуючих, їхню прихильність і довіру. У багатьох висловлюваннях є думка про те, що вживання алкоголю робить людину подібною до тварин: до павича, до мавпи, до лева, і врешті-решт до свині. У народі також побутує подібне уявлення, котре відображене в популярному висловлюванні: “напився, як свиня”. Тут проводиться аналогія поведінки п'яної людини зі свинею, яка вірна лише у такому сенсі, оскільки насправді свині не вживають алкоголю і поведуться так завжди.

Наслідком особистісної деградації стає антисуспільна поведінка, про що йдеться в інших висловлюваннях. Саме вона стає причиною багатьох, найрізноманітніших конфліктів.

3. Антисуспільна поведінка

Початок шляху – чарка, середина – компанія, котра випиває, легка випивка, декілька чарчин за обідом, кінцівка – у буцигарні за вбивство в п'яному стані, за розтрату, у психіатричній лікарні, у могилі від випадкової легкої хвороби. Дж. Лондон [2, с. 501].

Хто п'є, той ста(є)в на шлях розбещення. Дж. Чосер [2, с. 504].

Алкоголізм і злочинність – це два явища суспільного життя, які перебувають у тісному зв'язку один із одним. І. П. Мережковський [2, с. 504].

Давно встановлено і лікарями і криміналістами, що алкоголізм і злочинність – рідні брат і сестра. К. М. Бер [2, с. 504].

Алкоголь перетворює людину на вбивцю і злодія. К. Колтон [2, с. 504].

Алкоголь – постачальник людей для тюрем. А. Бодріраллар [2, с. 504].

Рідко який злодій і вбивця здійснює свою справу тверезим Л. М. Толстой [2, с. 504].

Дев'ять десятих з усієї кількості злочинів, котрі заплямовують людство, здійснені під впливом вина. Л. М. Толстой [2, с. 504].

Як бачимо, із наведених вище висловлювань, людина, котра вживає алкоголь, стає небезпечною для оточуючих і для суспільства в цілому. Вона не дотримується, прийнятих між людьми, норм поведінки і, як наслідок, заслуговує осуду та покарання за антисуспільні вчинки. За цими висловлюваннями можна простежити шлях, котрий чекає на того, хто вживає алкоголь: від легкої випивки у компанії -- до злочину, тюрми та могили... У них відстежується зв'язок вживання алкоголю з усіма цими суспільними негараздами. Все це звучить як суворе попередження для тих, котрі бажають випити. Таким чином, тому, хто дослухається до мудрості інших – тобто вчиться не на власних помилках – легше уникнути бід, котрі несе їм алкоголь.

Іншим моральним аспектом вживання алкоголю є руйнація сім'ї, на що вказуємо в наступних висловлюваннях.

4. Руїнація сім'ї (збитки близьким)

Вино нищить тілесне здоров'я людей, нищить розумові здібності, нищить добробут родин і, що найжахливіше, нищить душі людей та їхніх нащадків (спадкоємців). Л. М. Толстой [2, с. 499].

Чи знаєте ви, що п'є ця людина зі своєї шклянки, котра тремтить у її тремтячій від пияцтва руці? Вона п'є слюзи, кров, життя своєї родини і своїх дітей. Ф. Ламенне [2, с. 499].

Можемо сказати, що скільки чоловіки вихилили горілки, стільки їхні дружини та діти пролили сліз. Н. А. Семашко [2, с. 499].

Звичка пити, що дедалі посилюється зі збільшенням і здешевленням виробництва алкогольних напоїв, підриває підвалини родинного життя. А. Форель [2, с. 499].

За цими висловлюваннями, алкоголь несе горе родинам тих, котрі його вживають, тобто найближчим людям. Це і зубожіння родин, і розпад сімей, і негативний вплив на нащадків (спадкоємців).

Інші висловлювання вказують на те, що п'яниці завдають великої шкоди не тільки собі та власним родинам, близьким, але й іншим людям.

5. Збитки іншим людям

Людина, котра хильнула зайвого, не береже таємниць і не виконує обіцянок. Сервантес [3, с. 429].

Пиятика – причина слабкості та хворобливості дітей. Гіпократ [2, с. 503].

Алкоголіки нагороджують своїх дітей різними важкими каліцтвами, серед яких почесне місце займають психічні хвороби. В. Я. Канель [2, с. 503].

Багато ідіотів і немічних з'являються на світ від батьків, котрі піддалися пияцтву. Ф. Бекон [2, с. 503].

Яким би щасливим не відчував себе п'яниця від вина, він далекий від істинного щастя, тому що для нього це щастя, для інших – горе; сьогодні це щастя, завтра – нещастя. Р. Тагор [3, с. 430].

З викладеного випливає, що непрямой шкоди від вживання алкоголю зазнають всі люди, а не тільки ті, котрі його вживають. Це --і різні хвороби, котрих зазнають, як пияки та їхні діти, так і втрата моральних рис (подоби), що має прояв у відповідній поведінці. Тому пияцтво не можна локалізувати, воно неминуче торкнеться всіх.

Нарешті, знаходимо також низку висловлювань про те, що ті, котрі вживають алкоголь, завдають шкоди не тільки собі та іншим людям, але й цілому суспільству загалом.

6. Збитки суспільству

Алкоголізм – це породження варварства, котре мертвою хваткою тримає людство з часів сивої і дикої давнини, збираючи з нього жахливу данину, пожираючи молодість, підриваючи сили, пригнічуючи енергію, втрачаючи кращий цвіт людського роду. Дж. Лондон [2, с. 497].

Важко і не можливо охопити уявою ту кількість бід, яку спричиняє людству вживання алкоголю Ф. Ф. Ерісман [2, с. 498].

Алкоголь спричиняє цілому людству більше горя, ніж радощів, хоча його і вживають задля них. Скільки талановитих людей загинуло і гине із-за нього. І. П. Павлов [2, с. 498].

Ніякі напасті та злочини не знищують стільки люду і народного багатства, як пияцтво. Ф. Бекон [2, с. 498].

Пияцтво є величезним злом для людини, суспільства та держави. П. І. Ковалевський [2, с. 498].

Алкоголізм є таким соціальним злом, котре важко переоцінити. В. П. Бехтерев [2, с. 498].

Чим більше шкоди завдає алкоголь окремим громадянам, чим більше поширюється це зло, тим більше страждає суспільство, оскільки інші люди змушені нести тягар пияцтва,

як окремих його членів, так і всіх їх загалом. Відтак, алкоголь стає перешкодою на шляху до щастя, як окремої людини, так і цілого суспільства.

Є й інші аспекти аморального впливу алкоголю на людей і суспільство.

7. Поганий приклад для інших

Алкоголізм не згасає разом із людиною; він передається нащадкам (спадкоємцям) у надзвичайно численних і різноманітних формах. А. Фурньє [2, с. 503].

Пияки ніколи б не стали пияками, якби не бачили шанованих і поважаних всіма людей, котрі п'ють вино і пригощають ним інших. Л. М. Толстой [3, с. 430].

Моральне розтління поширюється на інших також у той спосіб, що поганий приклад передається іншим. Тому руйнація моральних засад суспільства, людських норм співжиття, вироблених попередніми поколіннями, що становлять досвід людства, триває. А ворог моралі стає ворогом, як кожної людини, так і людства загалом.

Проте, всі аспекти вживання алкоголю, котрі можна знайти у висловлюваннях видатних людей, не обмежуються наведеним переліком. Окремо слід виділити групу висловлювань, у котрих йдеться про можливості щодо **профілактики та подолання** вживання алкоголю.

Спитає у п'яниці, як би він міг припинити пиячити? Я відповім за нього: нехай частіше згадує про справи, котрі він чинить у п'яному вигляді. Піфагор [3, с. 430].

На питання, як не стати п'яницею, Анахарсіс відповів: мати перед очима п'яницю в усій огидності. Анахарсіс [3, с. 431].

Проте таких висловлювань не багато, та й розраховані ці засоби протидії та подолання згубного впливу алкоголю лише на те, що в людині прокинеться совість. Мабуть, розраховувати на це можна далеко не завжди, оскільки, моральність людини далеко не завжди може подолати лихо, котре призводить до втрати людиною власної совісті і, як наслідок, численних конфліктів та спричинених ними бід.

Серед висловлювань знаходимо також і ті, у котрих йдеться про **наслідки відмови від вживання алкоголю**:

Важко собі уявити, яка щаслива зміна відбулася б у нашому житті, якби люди припинили одурманювати і отруювати себе горілкою. Л. М. Толстой [2, с. 505].

Людство могло б досягнути неймовірних успіхів, якби воно було тверезішим. І. Гете [2, с. 505].

Очевидно, що скільки часу люди вживають алкоголь, стільки ж часу вони знають про його згубний вплив, і тому завжди прагнули до утвердження тверезості.

3. Висновки

1. Згідно з отриманими даними, вживання алкоголю завдає збитків (шкоди) як окремій людині, котра його вживає, так і близьким та іншим людям, а також суспільству загалом – отже, за своєю сутністю є аморальним.

2. Який би з аспектів вживання алкоголю не розглядався, завжди можна знайти низку висловлювань, якщо не про користь його вживання, то, принаймні, про безпечність чи відсутність шкоди; проте, якщо розглядати саме моральний аспект вживання алкоголю, то висловлювання, які б свідчили про користь від його вживання -- відсутні, це свідчить про те, що моральні збитки, в даному випадку, є незаперечними і непоправними.

3. Вживання алкоголю завдає збитків (шкоди) особистості людини, руйнує її відчуття провини, призводить до втрати совісті, а також завдає шкоди її близьким, іншим людям і цілому суспільству загалом, а тому суперечить вимогам суспільної моралі і є неприйнятним у світлі норм поведінки між людьми, оскільки спричиняє різноманітні конфлікти.

У майбутньому передбачено провести дослідження впливу вживання алкоголю на різні рівні структури моралі та їхні окремі складові, розглянути та проаналізувати зміни в них.

ЛІТЕРАТУРА

1. Висоцька О. Л. Виховання тверезості в традиції народної мудрості // Формування тверезого способу життя в сім'ї та суспільстві: Матеріали II науково-практичної конференції. – Біла Церква, 2013. – С. 78-88.
2. Воронцов В. В. Симфонія розуму. Афоризми и изречения отечественных и зарубежных авторов. – М.: Молодая гвардия, 1977. – 624 с.
3. Разум сердца: Мир нравственности в высказываниях и афоризмах / Сост.: В. Н. Назаров, Г. П. Сидоров. – М.: Политиздат, 1989. – 605 с.

Ю.О. МАТВИЄНКО

НЕВІДКЛАДНІ ЕКСТРАПРАМІДНІ СИНДРОМИ У ПРАКТИЦІ НЕВРОЛОГА

У цій статті розглянуто групу ургентних рухових синдромів, пов'язаних із ураженням базальних гангліїв, котрі інколи створюють значні діагностичні труднощі у роботі невролога.

Ключові слова: екстрапірамідний синдром, м'язова ригідність, серотоніновий синдром, паркінсонізм, хорея, м'язова дистонія, міоклонія, діагностика, лікування

В этой статье рассмотрено группу неотложных моторных расстройств, связанных с поражением базальных ганглиев, которые иногда создают выраженные диагностические трудности в работе невролога.

Ключевые слова: экстрапирамидный синдром, мышечная ригидность, серотониновый синдром, паркинсонизм, хорея, мышечная дистония, миоклония, диагностика, лечение

This article is dedicated to the group of emergency movement disorders, associated with affection of basal ganglia and sometimes very challenging for neurologists.

Key words: extrapyramidal syndrome, muscular rigidity, serotonin syndrome, parkinsonism, chorea, muscular dystonia, myoclonia, diagnosis, treatment

Невідкладними руховими розладами (НРР) вважають будь-які неврологічні стани з гострим або підгострим початком, при яких у клінічній картині домінують первинні моторні синдроми і запізніла діагностика та лікування котрих можуть спричинити тривалу інвалідизацію і навіть смерть. Інформація про них у медичній літературі досить розкидана і несистематизована.

У цій статті наведено клінічні прояви, діагностику і лікування НРР. Їх патофізіологію буде розглянуто, якщо вона релевантна щодо вищеназваних аспектів.

1. РОЗЛАДИ, ЩО ПРОЯВЛЯЮТЬСЯ М'ЯЗОВОЮ РИГІДНІСТЮ

1.1. Злоякісний нейролептичний синдром

Злоякісний нейролептичний синдром (ЗНС) уперше описали в 1960 році. Він характеризується клінічною тріадою м'язової ригідності, дисавтономії і змінами психічного статусу та за визначенням спричиняється антипсихотичними агентами. Ригідність зазвичай генералізована, часто супроводжується тяжкою акінезією, яка буквально приковує пацієнта до ліжка. Інколи виникають рабдоміоліз і ниркова недостатність. Розлади ковтання настільки виражені, що нерідко призводять до аспіраційної пневмонії. Хворий не говорить, рівні свідомості можуть коливатися. Дисавтономія проявляється у вигляді лихоманки, пітливості, задухи, тахікардії і лабільного артеріального тиску. Із масовим поширенням атипичних

нейролептиків розгорнуті форми ЗНС стали рідкістю і трапляються лише в 0,2% пацієнтів, разом з тим легкі варіанти цього стану є частими.

НРР, що проявляються м'язовою ригідністю, узагальнено у таблиці 1.

Таблиця 1. Невідкладні рухові розлади, що проявляються м'язовою ригідністю		
Етіологія	Причини	Коментар
Судинна	Спінальні артеріо-венозні мальформації	Можуть нагадувати синдром ригідної людини
Інфекційна	Правець	Ригідність утримується у період між м'язовими спазмами
	Сказ	
Медикаментозна	Злоякісний нейролептичний синдром	
	Синдром паркінсонізму-гіперпірексії	
	Серотоніновий синдром	
Токсична	Отруєння стрихніном	У період між спазмами м'язовий тонус нормальний
Дисметаболічна	Гіпокальціємія	
Спадкова	Гіперексплексія	
	Злоякісна гіпертермія	
Автоімунна	Синдром ригідної людини	
Психіатрична	Летальна кататонія	

Уражаються всі вікові групи, але частіше — особи молодого і середнього віку, переважно чоловіки. Симптоматика розвивається, як правило, в інтервалі першого тижня після початку прийому антипсихотиків при гострому психотичному розладі, хоч інколи супроводжує процес титрування або перехід із препарату на препарат. Інколи ЗНС розвивається після прийому одиначної дози специфічного медикаменту. Синдром досягає розгорнутої стадії за кілька днів.

Галоперидол залишається причинним середником майже половини всіх опублікованих випадків ЗНС. Після нього йдуть флуфеназин депо і хлорпромазин. Названий стан можуть викликати практично всі антагоністи D₂-рецепторів, включаючи прохлорперазин, метоклопрамід, дроперидол і прометазин, причому переважно у межах звичайних терапевтичних доз. Іншими сприяючими факторами у розвитку ЗНС є швидке нарощення дози, внутрішньом'язове введення препарату й одночасне застосування літію.

Діагноз встановлюють на основі клінічних даних, відштовхуючись від симптомів, що виникли на фоні прийому нейролептиків. Його підтверджують деякі лабораторні дані, хоча вони умовно специфічні. Рівень креатинфосфокінази переважно підвищений, якщо ж він достатньо високий, виникає необхідність у моніторингу міоглобіну сечі й ренальних функцій з метою контролю рабдоміолізу і вторинної ниркової недостатності. У крові інколи виявляють лейкоцитоз.

ЗНС на початкових стадіях інколи плутають із сепсисом, котрий необхідно виключати завжди в сумнівних випадках. Диференціальна діагностика включає також летальну кататонію,

серотоніновий синдром, злоякісну гіпертермію, гостре отруєння чадним газом та інтоксикацію саліцилатами, амфетамінами, кокаїном або фенциклідіном.

Лікування включає швидку відміну всіх нейролептиків. У легких випадках цього часто достатньо. У помірно важких ситуаціях терапія охоплює розблокування дофамінових рецепторів з допомогою бромокриптину і зниження м'язової ригідності за допомогою пригнічення вивільнення кальцію з саркоплазматичного ретикулуму міоцитів завдяки застосуванню дантролену. Названі підходи не вивчали в контрольованих дослідженнях, хоча їх бажано застосовувати, враховуючи, що рівень смертності при ЗНС сягає 20%.

Поширеною практикою є призначення важким пацієнтам бромокриптину і дантролену. Дорослим хворим зазвичай дають одиничну дозу бромокриптину 2,5 мг перорально, і якщо вона не спричиняє гіпотензії, то її за 1–2 дні збільшують до 5 мг тричі на день і вище. Дантролен призначають у денній дозі 25 мг і нарощують її до 25 мг 3 рази/день і вище, залежно від терапевтичної реакції. Цей препарат також доступний у порошок, котрий розводять для внутрішньовенного застосування і починають вводити з розрахунку 1 мг/кг з можливістю підвищення навіть до 10 мг/кг. Така комбінація медикаментів розрахована на кілька тижнів. Багато пацієнтів одержують переваги від госпіталізації у відділення інтенсивної терапії для контролю таких ускладнень, як міоглобінурія, дегідратація, аспіраційна пневмонія і тромбоемболія легеневої артерії.

Електросудомна терапія також інколи застосовується і залишається методом вибору в осіб із погано контрольованим сильним психозом. Її застосовують, коли фармакологічне лікування неефективне або як альтернативний діагноз підозрюють летальну кататонію. Цінність бензодіазепінів (діазепам, лоразепам) дебатуються. Інколи корисний амантадин. Апоморфін ефективний при утрудненому пероральному прийомі ліків, хоча до його застосування бажано давати домперидон (зазвичай ректально).

У третини пацієнтів ЗНС виникає при повторному призначенні антипсихотиків. Необхідний часовий період як мінімум 2 тижні між зникненням симптомів і новою ініціацією нейролептиків. Поширеною практикою є переведення хворого на атипичний препарат (клозапін, оланзапін або кветіапін), хоча названий стан описано і при їх використанні. Необхідно за всяку ціну уникати одночасного призначення літію.

1.2. Летальна кататонія

Летальну кататонію уперше описав Carmeil у 1832 році. Цей стан стосується фіксованої патологічної постави (каталепсії) в поєднанні із серйозними поведінковими розладами. Зазвичай хворий стає нерухомим і безмовним, із періодами вираженого збудження і химерних серійних рухів. При цьому проявляються й інші психіатричні ознаки — лабільний настрій, безсоння, анорексія, розлади мислення, зорові та слухові галюцинації, марення. Специфічним симптомом є насильницькі дії (неспровоковані напади на інших осіб, спроби суїциду). Зрештою, у такого пацієнта виникають лихоманка, тахікардія, коливання артеріального тиску, після чого за кілька днів розвиваються виснаження, кома, зупинка серця і смерть.

Із запровадженням нейролептиків летальна кататонія стала рідкістю. Вона відрізняється від ЗНС за тяжкістю поведінкових симптомів на ранніх стадіях. На пізніх фазах ці два стани розрізнити практично неможливо. Летальну кататонію переважно спостерігають у шизофреніків, хоч описано її випадки при гострих нейроінфекціях (менінгіт, енцефаліт), черепно-мозковій травмі, медикаментозних інтоксикаціях і метаболічних розладах (уремія, порфірія, енцефалопатія Верніке).

Лікуванням вибору є електросудомна терапія, котру добре переносять навіть тяжкі пацієнти, особливо при утрудненій диференціальній діагностиці. Збудження контролюють бензодіазепінами.

1.3. Серотоніновий синдром

Препарати, що потенціюють серотонінергічну нейротрансмісію, також спричиняють синдром, що включає виражену м'язову ригідність, дисавтономію і зміни психічного статусу. Симптоми серотонінового синдрому (СС) еволюціонують набагато швидше порівняно із ЗНС (години на противагу дням), їх інколи доповнюють міоклонії, гіперрефлексія і судоми. Діапазон тяжкості захворювання досить широкий, у багатьох хворих наявні лише легкі міоклонії і збудження. Тяжкі випадки прогресують до рабдоміолізу, міоглобінурії, ниркової недостатності, а також вираженого метаболічного ацидозу, ДВС-синдрому і респіраторного дистрес-синдрому.

СС діагностують на основі клінічних даних у хворого, котрий приймав один (переважно два і більше) агент-серотоніноміметик (табл. 2). Розрізнення СС і ЗНС інколи складне за відсутності анамнестичних даних щодо прийому вищеназваних агентів, але на користь СС свідчить наявність міоклоній, судом або гіперрефлексії.

Таблиця 2. Ліки, що спричиняють серотоніновий синдром

Фармакологічні категорії	Медикаменти
Інгібітори зворотного захоплення серотоніну	СІЗЗС, трициклічні антидепресанти, декстрометорфан, дексамфетамін, кокаїн, меперидин, опіоїди (крім морфіну)
Інгібітори серотонінового метаболізму	Інгібітори MAO-B (селегілін), антидепресанти-інгібітори MAO
Стимулятори синтезу серотоніну	L-триптофан
Стимулятори вивільнення серотоніну	Екстазі, амфетаміни, кокаїн, фенфлурамін
Серотонінові агоністи	Суматриптан, ерготаміни, буспірон
Неспецифічні стимулятори серотонінергічної активності	Літій
<i>СІЗЗС, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; MAO-B, моноаміноксидаза типу В.</i>	

Дані лабораторії при цьому стані непереконаливі, вони виявляють неспецифічні зміни, зокрема підвищення рівня креатинфосфокінази або трансаміназ, лейкоцитоз і зниження бікарбонатів сироватки.

Терапія більшості випадків полягає у відміні провокуючого агента, введенні рідин і моніторингу функцій серця. У тяжких ситуаціях призначають антигістамінний і антисеротоніновий препарат ципрогептадин в ініціальній дозі 4–8 мг перорально, з повторенням через 2 години. За відсутності ефекту його припиняють, якщо ж наявне поліпшення симптоматики, то його приймають у добовій дозі до 32 мг на 4 прийоми до повного її зникнення. Gillman рекомендує 50–100 мг хлорпромазину внутрішньом'язово у тяжких випадках, але такий підхід неадекватний, якщо в диференціальну діагностику включено ЗНС. Також інколи використовують бензодіазепіни.

1.4. Злоякісна гіпертермія

Це рідкісний синдром, що характеризується швидким розвитком лихоманки, коливаннями артеріального тиску, гіперкаліємією і метаболічним ацидозом, після чого виникають виражені м'язова ригідність і вторинний рабдоміоліз. Більшість випадків спричинені інгаляційними анестетиками і деполаризуючими міорелаксантами. В основі патофізіології такого стану — посилений потік іонів кальцію через клітинну мембрану міоцитів. У 50% випадків у родині

хворих наявне автономно-домінантне успадкування гена, що кодує ріанодиновий рецептор скелетних м'язів. Невідкладне лікування міорелаксантом дантроленом дуже ефективне, його комбінують із відміною тригерних ліків та корекцією ацидозу й електролітних розладів. Смертність сягає близько 10%.

1.5. Гіпокальціємія

М'язові спазми можуть гостро розвинутися на фоні гіпокальціємії, їх тяжкість залежить від діапазону та швидкості падіння в сироватці рівня кальцію. Найчастіше такий стан виникає при операціях на щитоподібній або паращитоподібній залозі, гіпомагніємії, злоякісних пухлинах, хронічній нирковій недостатності, панкреатиті й септичному шоку, інколи — після плазмаферезу. Слід проводити моніторинг пролонгації інтервалу QT і ризику аритмії. Періодично при гіпокальціємії спостерігають асоційований ларингоспазм. Внутрішньовенне введення кальцію є ефективним терапевтичним підходом у поєднанні з лікуванням основної причини.

1.6. Правець

При цьому захворюванні неконтрольовані еферентні розряди з розгальмованого спинного мозку призводять до вираженої м'язової ригідності та спазмів, котрі клінічно нагадують епілептичний напад. Екзотоксин тетаноспазмін, утворений збудником *Clostridium tetani*, запобігає вивільненню гліцину і гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) на спінальному рівні. М'язові спазми провокуються тактильними, зоровими, слуховими й емоційними подразниками та асоціюються з аспірацією, дихальною недостатністю, вегетативними розладами (коливаннями артеріального тиску і частоти серцевих скорочень, рецидивуючими зупинками серця). Локальний правець інколи спричиняє фокальну ригідність або спазми кінцівок, тризм.

У пацієнта із м'язовими спазмами і наявністю в недавньому анамнезі поранення діагноз очевидний. На відміну від отруєння стрихніном (див. далі) при правці м'язове напруження наявне у період між спазмами. Спеціальні обстеження відсутні, але підвищений титр протиправцевих антитіл підтверджує існування хвороби. Важливо з'ясувати наявність протиправцевої імунізації в минулому.

Лікування такого хворого у відділенні інтенсивної терапії включає нейтралізацію незв'язаного токсину специфічним імуноглобуліном, усунення джерела інфекції й антибіотикотерапію. Седація з допомогою агоністів ГАМК, наприклад бензодіазепінів або фенобарбіталу, і сенсорна депривація є важливими напрямками допоміжної терапії. Також внутрішньовенно застосовують лоразепам (до 60 мг/добу) або діазепам (до 500 мг/добу), інколи — баклофен інтратекально, метокарбамол (3–4 г кожні 6 годин внутрішньовенно або через зонд) чи дантролен (1–2 мг/кг кожні 4 години). Після одужання необхідно здійснити повну протиправцеву імунізацію, оскільки дія токсину не індукує виникнення сталого імунітету.

1.7. Отруєння стрихніном

Стрихнін блокує спінальні і стовбурові гальмівні інтернейрони, унаслідок чого виникають виражена м'язова ригідність і зміни психічного стану. Цей середник досі наявний у пестицидах, деяких фітопрепаратах і псевдогероїні. Спочатку при отруєнні ним виникає стан збудження і дезорієнтації, потім — гіперрефлексія і ригідність, виражені м'язові спазми й опістотонус, що часто провокуються зовнішніми стимулами. Скорочення м'язів може спричинити сардонічну посмішку. Свідомість хворого повністю зберігається. Тривалі спазми викликають гіповентиляцію і некроз м'язів, після чого настають асфіксія і зупинка серця.

Для встановлення такого діагнозу має бути високий рівень настороженості. Біохімічний аналіз шлункового аспірату підтверджує наявність стрихніну, лікування з допомогою активованого вугілля, бензодіазепінів і барбітуратів необхідно призначати негайно. Ці медикаменти посилюють гальмування спінальних нейронів через ГАМК-ергічні ефекти і

зменшують м'язові спазми. Хоча прогноз такого стану несприятливий, вилікування інколи можливе.

1.8. Сказ

Хоча ця патологія і вважається типовою для третього світу, вона інколи трапляється у розвинутих країнах і переважно підтверджується посмертно. Типовим клінічним проявом є біль і м'язове напруження в зоні укусу твариною, після чого виникають лихоманка, збудження, галюцинації, насильницька поведінка і вегетативна нестабільність. Спазм діафрагми і гортані викликає гідрофобію, особливо при питті рідини. Періоди надмірної збудливості перериваються світлими періодами. 5–15-секундні спазми асоціюються із мімічними гримасами, перерозгинанням голови і спини, опістотонусом. Після фульмінантної стадії виявляють втрату всіх центральних і периферичних нервових функцій (паралітичний сказ).

В анамнезі є факт укусу твариною. Інкубаційний період захворювання триває 30–90 днів, максимально — до 1 року. Діагноз верифікують шляхом виявлення антигенів у невральному біоптаті. Смерть зазвичай неунікненна. Основною підставою для необхідності швидкої діагностики є профілактика контактного зараження, хоча перенос збудника від людини до людини переважно трапляється після трансплантації органів.

1.9. Синдром ригідної людини

Пацієнти з цим рідкісним розладом потрапляють у відділення інтенсивної терапії з вираженим болем і спазмами параспінальних м'язів поперек і нижніх кінцівок. Спочатку в них підозрюють компресію спинного мозку, проте при цьому не виявляють парезів, чутливого дефіциту або дисфункції тазових органів. При пальпації залучені м'язи виглядають дуже твердими. Часто наявний виражений поясний лордоз. М'язові спазми виникають спонтанно або провокуються шумом чи рухами, вони можуть бути настільки сильними, що спричиняють переломи стегнової кістки, суглобові підвивихи і навіть абдомінальні киля. Паралельно з цим розвиваються вегетативні дисфункції, небезпечні для життя. Раптова смерть настає приблизно у 10% пацієнтів.

Лікування переважно залишається паліативним і включає міорелаксанти, що потенціюють активність ГАМК (бензодіазепіни). У процесі прогресування хвороби вони втрачають свою ефективність. За відсутності контрольованих досліджень класу А в деяких клініках рекомендують імуносупресивну терапію, плазмаферез і вливання людського імуноглобуліну. Застосування моноклонального антитіла ритуксимабу спричиняло довготривалі ремісії. Згідно з одиничними повідомленнями, симптоми цього розладу відгукуються на пропофол.

1.10. Гіперексплексія

У літературі описано випадки раптової смерті у немовлят з цим автосомно-домінантним синдромом, що характеризується наявністю стартл-рефлексу і гіпертонусом. Апноє й аспірація є наслідками дискоординації горлянки. Клінічно виявляють ретракцію шиї і тонічне згинання тіла, що стимулюються шляхом постукування по носі. У багатьох уражених родинах виявляють мутації гена інгібуючого рецептора гліцину (GLRA1), наслідком чого є збудливість ретикулярної формації мосто-медулярної ділянки і патологічне реципрокне гальмування спинного мозку. Названий стан часто плутають із епілепсією. У лікуванні ефективним залишається агоніст ГАМК клоназепам, а не бензодіазепінові антиконвульсанти. Гіпертонія і гіперрефлексія є скороминущими і зменшуються після 1-го року життя, хоч інколи й співіснують із спастичним гемипарезом. Раптове згинання голови до тулуба може зберегти життя, коли тривала ригідність перешкоджає диханню.

2. РОЗЛАДИ, ЩО ПРОЯВЛЯЮТЬСЯ ПАРКІНСОНІЗМОМ

У таблиці 3 представлено НРР, що проявляються паркінсонізмом.

Етіологія	Причини	Коментар
Судинна/структурна	Інсульт із ураженням базальних гангліїв (зокрема блідої кулі)	
	Гідроцефалія	
Інфекційна	Летаргічний енцефаліт	
	Інші вірусні енцефаліти (наприклад, японський типу А)	
	Мікоплазменна інфекція	
Медикаментозна	Синдром паркінсонізму-гіперпірексії	Спричинений відміною дофамінергічних препаратів
	Хіміотерапія цитостатиками	
	Амфотерицин В	
Токсична	Чадний газ	
	Метанол	
	Ціаніди	
	Органофосфати	
	1-метил-4-феніл-1,2,3,6-тетрагідропіридин (МРТР)	
Метаболічна	Центральний понтинний мієліноліз	Зазвичай асоційований із енцефалопатією
Спадкова	Дистонія-паркінсонізм із швидким початком	
Психіатрична	Прийом нейролептиків	

2.1. Синдром паркінсонізму-гіперпірексії

Зниження дози або відміна дофамінергічних або недофамінергічних препаратів при хворобі Паркінсона може спричинити синдром, котрий не відрізняється від ЗНС. Головна стратегія лікування — повернення до попередньої терапії і підтримуючий догляд до повного одужання, що може тривати кілька тижнів. При супутніх розладах ковтання медикаменти застосовують через носо-шлунковий зонд. Інколи парентерально призначають апоморфін із домперидоном *per rectum*, щоб уникнути супутнього блювання.

2.2. Гострий тяжкий паркінсонізм *de novo*

Гострий тяжкий паркінсонізм є великою рідкістю. Трапляється після отруєння чадним газом або ціанідами, рідко — при вірусних енцефалітах, зокрема летаргічному. Раніше його причиною був МРТР. Руйнування шкаралупи виявляли при отруєнні метанолом, а зниження метаболізму стріатума і гострий зворотний паркінсонізм — при випадковому поглинанні продуктів нафтопереробки. Zeidler et al. повідомляють про два випадки обструктивної гідроцефалії і паркінсонізму в поєднанні із синдромом Паріно, при яких екстрапірамідна симптоматика зникла відразу після шунтування. У літературі є також кілька статей, присвячених гострому скороминущому паркінсонізму після отруєння органофосфатами, що відреагував на амантадин і біпериден. Терапія цитостатиками, включаючи циклофосамід і

високі дози цитозинарабінозиду, перед трансплантацією кісткового мозку може спричинити гостру енцефалопатію з елементами акінетико-ригідного синдрому. Гострий паркінсонізм також виявляли при застосуванні амфотерицину В. При лікуванні цих станів ефективними були метилпреднізолон і леводопа. Кілька років тому описано рідкісну форму автосомно-домінантних дистонії-паркінсонізму зі швидким початком, пов'язаних із 19 хромосою, котрі розвивалися в інтервалі кількох годин-днів.

2.3. Летаргічний енцефаліт

Спорадичні випадки летаргічного енцефаліту, описаного Економо ще в 1917 році, трапляються і дотепер. Хоча спочатку його вважали асоційованим із вірусом грипу процесом, нині цей стан трактують як автоімунний (наявність антитіл до антигенів базальних гангліїв у спинномозковій рідині). Він проявляється розладами сну (сонливість, безсоння, інверсія), екстрапірамідними ознаками (паркінсонізм), дискінезіями (окулогірні кризи, дистонія, тики, стереотипії) і/або офтальмоплегією. Також спостерігають нейропсихіатричні симптоми (кататонія, мутизм, obsesивно-компульсивний розлад). Вражаюча реакція пацієнтів на внутрішньовенне введення метилпреднізолону підтримує автоімунну теорію патогенезу.

3. РОЗЛАДИ, ЩО ПРОЯВЛЯЮТЬСЯ ДИСТОНІЄЮ

НРР, що проявляються дистонією, наведено у таблиці 4.

Таблиця. 4. Невідкладні рухові розлади, що спричиняють дистонію		
Етіологія	Причини	Коментар
Судинна/структурна	Інсульт із ураженням базальних гангліїв (наприклад, шкаралупи)	
	Ураження задньої черепної ямки і шийного відділу спинного мозку	Педіатричний розлад
	Підвивих атланта-аксіального суглоба	
Інфекційна	Заглотковий абсцес	Педіатричний розлад
	Летаргічний енцефаліт	
Медикаментозна	Застосування антагоністів D ₂ -дофамінових рецепторів (нейролептики, антиеметики)	
	Відміна інтратекального введення баклофену	Може бути випадковою
Токсична	Чадний газ	
	Метанол	
	Ціаніди	
	Органофосфати	
Метаболічна	Хвороба Лейга	Асоціюється із енцефалопатією
	Біотин-реактивна хвороба базальних гангліїв	Асоціюється з енцефалопатією
	Аміноацидурия і розлади метаболізму сечовини	Асоціюється з енцефалопатією й атаксією

Спадкова	Розлади метаболізму катехоламінів	
Дегенеративна	Дистонія гортані при мультисистемній атрофії	
Психіатрична	Псевдодистонія	
Ідіопатична	Аддукторно-гортанна дистонія дихання	
	Пароксизмальна дистонія	
	Дистонічний статус	Може виникати при будь-якій генералізованій дистонії

3.1. Гострі медикаментозні дистонічні реакції

Ліки залишаються найпоширенішою причиною гострих фокальних дистоній. Це може бути небезпечним для життя в разі залучення дихальних шляхів. Після прийому специфічних препаратів в інтервалі 24 годин розвивалися окулогірні кризи, дистонія гортані, блефароспазм, кривошия, тризм, дизартрія і дистонія. Серед медикаментів найчастішими провокуючими чинниками є нейролептики і антидофамінергічні антиеметики (див. табл. 5). Гострі дистонічні реакції трапляються переважно в молодих чоловіків. Як правило, антипсихотики провокують їх розвиток у молодому віці, а пізньої дискінезії та паркінсонізму — у похилому.

Таблиця 5. Невідкладні рухові розлади медикаментозного генезу

Руховий розлад	Провокуючі медикаменти
Хорея	Часто: леводопа Нечасто: фенітоїн, карбамазепін, трициклічні антидепресанти, естрогени, кокаїн, баклофен, тразодон, холінолітики
Міоклонія	Часто: СІЗЗС Нечасто: трициклічні антидепресанти, літій, інгібітори MAO, карбамазепін, пеніциліни, цефалоспорини, кокаїн, опіюїди, амантадин, леводопа, бромокриптин
Тремор	Часто: нейролептики, вальпроати, алкоголь, адреноміметики Нечасто: опіюїди, імуносупресори, глюкозознижуючі, протисудомні, антиаритмічні, антибактеріальні і противірусні агенти, антидепресанти, ксантини, кортикостероїди, тироксин, аміодарон
Дистонія	Часто: нейролептики, антиеметики, леводопа Нечасто: агоністи дофамінових рецепторів, фенітоїн, карбамазепін, кокаїн, СІЗЗС і трициклічні антидепресанти
Паркінсонізм	Часто: нейролептики, антиеметики Нечасто: флунаризин, цинаризин, трициклічні антидепресанти, такрин, цитостатики, карбамазепін, фенітоїн, вальпроати, ламотриджин, МРТР
Тик	Нечасто: карбамазепін, фенітоїн, дексамфетамін, метилфенідат, кокаїн
Акатизія	Часто: нейролептики Нечасто: трициклічні антидепресанти, СІЗЗС, блокатори кальцієвих каналів

СІЗЗС, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; MAO, моноаміноксидаза; МРТР, 1-метил-4-феніл-1,2,3,6-тетрагідропіридин.

Такі стани зазвичай зникають самі, хоча можуть бути дистресорними для пацієнта. Вони минають через кілька хвилин після парентерального введення холінолітика, наприклад бензтропіну, у дозі 1–2 мг внутрішньовенно чи внутрішньом'язово (за відсутності ефекту ін'єкцію повторюють через 20 хвилин). Для гострих дистонічних реакцій типовий рецидив після припинення дії медикаменту, тому холінолітики приймають перорально протягом 4–7 днів із поступовим зниженням добової дози. Хворих необхідно попередити щодо уникнення використання провокуючих препаратів у майбутньому.

3.2. Аддукторно-гортанна дистонія дихання (синдром Герхардта)

Цей розлад є рідкісною дистонією, при якій голосові зв'язки зазнають привідного спазму під час дихання, а не при інших формах активності, наприклад розмові. Клінічна картина характеризується тяжким стридором, існує ризик небезпечної для життя дихальної обструкції. Така дистонія виникає спорадично, нерідко залишається єдиним проявом медикаментозної дистонії, її часто плутають з ідіопатичним двобічним паралічем голосових зв'язок. У половині випадків виявляють інші асоційовані симптоми. Ін'єкції ботулотоксину в надактивний щиточерпакуватий м'яз є ефективними і дають змогу уникнути трахеостомії.

3.3. Гостра кривошия дитячого віку

Раптовий розвиток кривошії у дітей є підставою для ґрунтового обстеження, оскільки таким чином проявляються кілька станів, зокрема пухлини задньої черепної ямки і шийного відділу спинного мозку, сирингомієлія, колоїдні кісти третього шлуночка, кісткові пухлини. Інколи кривошия стає наслідком інфекційних процесів, наприклад тонзиліту і заглоткового абсцесу, або ротаторного підвивиху атланта-аксіального суглоба. Залежно від клінічної ситуації, такий пацієнт потребує нейровізуалізації, антибіотикотерапії, іммобілізації шиї або хірургічного втручання.

3.4. Дистонічний статус

У хворих із первинною або вторинною дистонією рідко може розвинути небезпечний для життя розлад, що проявляється постійними, тяжкими, генералізованими дистонічними спазмами. Дистонічний статус провокується інтеркурентними інфекціями, змінами режимів медикаментозного лікування або виникає безпричинно. Пацієнти мають підвищений ризик дихальної недостатності, аспіраційної пневмонії або ниркової недостатності внаслідок вторинного рабдоміолізу. Реакція на конвенційні препарати зазвичай незначна. Обмежені переваги дає застосування пероральних бензодіазепінів, леводопи, бензгексолу, тетрабеназину, пімозиду, галоперидолу, баклофену, пропранололу й антиконвульсантів типу карбамазепіну. Згідно з даними деяких дослідників, інколи непогано діє потрійна терапія, що включає пероральні тетрабеназин, високі дози бензгексолу і блокатор дофамінових рецепторів, наприклад галоперидол. Седація і міорелаксація в умовах відділення інтенсивної терапії інколи необхідна для запобігання вищеназаним ускладненням. За відсутності ефекту від консервативної терапії з певним успіхом застосовують баклофен інтратекально, а також методи функціональної нейрохірургії, наприклад двобічну вентролатеральну таламотомію, однібічну палідотомію і двобічну палідарну стимуляцію.

3.5. Метаболічні причини підгострої дистонії

Гостра або підгостра дистонія, що нерідко асоціюється із енцефалопатією і/або стріарним некрозом, може розвиватися при деяких гострих інфекційних (вірусний енцефаліт, мікоплазменна пневмонія) або дисметаболічних (хвороба Лейга, мітохондріальні цитопатії) розладах, котрі зазвичай не лікуються. Можливість спадкового дефекту метаболізму катехоламінів слід також брати до уваги, оскільки це дає змогу оптимізувати леводопатерапію. У таких випадках аналіз спинномозкової рідини інколи демонструє порушення обміну катехоламінів і птеринів. У Саудівській Аравії описано біотин-чутливе захворювання базальних гангліїв, котре починається з підгострої енцефалопатії і за відсутності лікування прогресує до

вираженої ригідності, дистонії і тетрапарезу. При ранньому виявленні цей стан реагує на застосування біотину в дозі 5–10 мг/кг/добу.

3.6. Раптовий синдром відміни при використанні інтратекального баклофену

Тривале інтратекальне введення баклофену з допомогою постійного катетера все більше використовується в терапії тяжкої дистонії і спастичності. Злоякісний синдром, близький до ЗНС, може провокуватися випадковою або раптовою відміною дії препарату, наприклад при зміщенні наконечника катетера. Після цього описували сильну лихоманку, зміни психічного статусу, виражену м'язову ригідність, що може прогресувати до рабдоміолізу. Лікування включає застосування високих доз баклофену (до 120 мг/добу на розділений прийом) перорально або парентерально. Інколи помічні бензодіазепіни і дантролен.

3.7. Дистонія гортані при мультисистемній атрофії

Початок стридору (спочатку вночі, а потім протягом дня) є серйозним синдромом атипичного паркінсонізму; згідно з даними одного з досліджень, середня тривалість виживання таких пацієнтів за відсутності трахеостомії не перевищує 1 року. Описаний стан є наслідком нездатності голосових зв'язок нормально розводитися, він виникає у 39% хворих із діагнозом мультисистемної атрофії. Асоціюється з дисфагією і хрипотою, частота раптової смерті в цих хворих набагато вища порівняно з тими, хто не має стридору. Лікування суттєво знижує відносний ризик летального кінця та є єдиним незалежним фактором виживання. Для підтвердження діагнозу рекомендують полісомнографію, оцінку газів артеріальної крові і ларингоскопію. Терапевтичним вибором є корекція стридору з допомогою регуляції дихання під позитивним тиском, ін'єкції ботулотоксину у відповідні м'язи гортані, а в разі їх неефективності — трахеостомія.

4. РОЗЛАДИ, ЩО ПРОЯВЛЯЮТЬСЯ ХОРЕЄЮ АБО БАЛІЗМОМ

НРР, що проявляються хореєю або балізмом, наведено у таблиці 6.

Таблиця 6. Невідкладні рухові розлади, що спричиняють хорею або балізм		
Етіологія	Причини	Коментар
Судинна/ структурна	Інсульт у зоні базальних гангліїв (зокрема субталамічного або хвостатого ядра)	
Інфекційна	Енцефаліт	Уражає дітей і молодих осіб
Медикаментозна	Див. таблицю 5	
Метаболічна	Гіперглікемія	Асоціюється із змінами на МРТ
	Гіпоглікемія	Вегетативні симптоми можуть бути мінімальні або відсутні
	Хвороба Лейга	Асоціюється з енцефалопатією
Спадкова	Розлади метаболізму катехоламінів	
Дегенеративна	Хвороба Паркінсона	Індуковані медикаментозно
Автоімунна	Хорея Сиденгама	
	Антифосфоліпідний синдром	
	Системний червоний вовчак	
	Енцефалопатія Хашімото	Асоціюється з міоклоніями

4.1. Тяжка паркінсонічна дискінезія

У пацієнтів із хворобою Паркінсона інколи виникають раптові тяжкі загострення леводопа-індукованих дискінезій, що в рідкісних випадках можуть закінчуватися навіть рабдоміолізом. У серії випадків, описаних Factor and Molho, головними провокуючими тригерами таких ускладнень були доповнення лікування агоністами дофамінових рецепторів тривалої дії або інгібіторами катехол-О-метилтрансферази (КОМТ) і супутня інфекція. Асоційована дихальна дискінезія інколи спричиняє задуху, що є дуже дистресорним станом для пацієнта. Лікування полягає у контролі інфекційного процесу, обережному зменшенні дози дофамінергічних медикаментів, доповненні терапевтичного режиму амантадином, котрий дещо зменшує вираженість гіперкінезів, хоч і не в усіх хворих.

4.2. Гостра генералізована хорія

Хорія зазвичай розвивається поступово, рідко є небезпечною для життя, особливо на ранніх стадіях. У таких пацієнтів необхідно провести КТ і МРТ для виключення мозкового крововиливу або інфаркту, особливо з метою пошуку аномалій сигналу в зоні базальних гангліїв. Біохімічне дослідження потрібне для виключення гіпер- або гіпоглікемії, серологічне — щоб підтвердити або спростувати наявність автоімунного захворювання.

Постінфекційна хорія після ураження стрептококами групи А (хорія Сиденгама) може починатися гостро або підгостро і нечасто спричиняти тривалі інвалідизуючі балістичні рухи (*chorea insatiens*). Хорія, асоційована із системним червоним вовчаком або первинним антифосфоліпідним синдромом (АФС), рідко є невідкладним станом і може реагувати на імунотерапію. Антикоагулянти показані, якщо при катастрофічному перебігу АФС виникають тромбоемболічні ускладнення.

4.3. Гострі геміхорія або гемібалізм

Гостра геміхорія або гемібалізм найчастіше є наслідком інфаркту або крововиливу в базальні ганглії, найчастіше із залученням контралатеральних субталамічного і хвостатого ядра, або шкаралупи. Пацієнти з таким порушенням потребують невідкладної нейровізуалізації. У дітей причиною описаних синдромів може бути хвороба Моямоя, котру інколи пропускають при рутинному МРТ. При названих станах гострі геміхорія і гемібалізм досить інвалідизуючі, хоча в більшості випадків вони спонтанно регресують в інтервалі кількох тижнів.

4.4. Лікування гострої хорії

Легка хорія зазвичай не потребує терапії. При наявності функціонального дефекту у хворого застосовуються різні підходи. Ефективним може бути поєднання бензодіазепіну з галоперидолом, оланзапіном або тетрабеназином, котрі титруються протягом кількох днів для досягнення балансу між терапевтичним контролем насильницьких рухів і побічними ефектами (наприклад седацією). Слід робити спроби періодично відмінити симптоматичне лікування, оскільки ступінь тяжкості хорії нерідко коливається і вона інколи спонтанно регресує.

5. РОЗЛАДИ, ЩО ПРОЯВЛЯЮТЬСЯ МІОКЛОНІЯМИ

5.1. Медикаментозні міоклонії

Раніше було сказано про міоклонії при серотоніновому синдромі. Медикаментозні міоклонії виявляють і в інших ситуаціях (див. табл. 5), наприклад при хронічній опіюїдній токсичності у пацієнтів із злякисними пухлинами. Цей стан генералізований, інколи провокується інтратекальним введенням препаратів, може мати періодичний перебіг, асоціюється із м'язовою ригідністю і відгукується на налоксон або бензодіазепіни. Міоклонія, спричинена відміною опіюїдів, чутлива до стимулів, реагує на бензодіазепіни, але **не** на налоксон. Призначення літію інколи спричиняє кірковий міоклонус як у терапевтичних, так і токсичних дозах, це ж стосується трициклічних антидепресантів і деяких антибіотиків (імпінем, цефуроксим).

НРР, що проявляються міоклоніями, наведено в таблиці 7. Міоклонії та астериксис найчастіше спостерігають при дисметаболических або токсичних енцефалопатіях, наприклад на фоні печінкової або ниркової недостатності. Разом з тим існують й інші причини.

Таблиця 7. Невідкладні рухові розлади, що спричиняють міоклонії

Етіологія	Причини	Коментар
Судинна/структурна	Стовбуровий або таламічний інфаркт мозку	Негативна міоклонія/астериксис
Інфекційна	Вогнищевий енцефаліт	
Медикаментозна	Серотонінергічні агенти	Комплексна міжмедикаментозна взаємодія
	Опіюїди (як індуктор)	Може реагувати на налоксон або бензодіазепіни
	Опіюїди (при відміні)	Реагує на банзодіазепіни, але не на налоксон
	Літій	Кірковий акційний міоклонус
	Трициклічні антидепресанти	Може асоціюватися із серотоніновим синдромом
	Іміпенем, цефуроксим	
<i>Epilepsia partialis continua</i>	Субдуральний крововилив	
	Тромбоз кіркового синуса	
	Паранеопластичний енцефаліт	

5.2. Міоклонії на фоні вогнищевих уражень головного мозку

Мимовільні рухи, включаючи міоклонії, трапляються при оклюзії основної артерії і стовбуровій ішемії, це ж стосується фокального астериксису кінцівок (негативного міоклонусу), котрий асоціюється із судинним ураженням таламуса.

Epilepsia partialis continua означається клінічно як синдром неперервного локального посмикування певної частини тіла (зазвичай дистальної), що триває протягом годин або років. Причинами описаного розладу є вогнищевий енцефаліт, паранеопластичний енцефаліт, туберкульоз, судинні ураження (субдуральний крововилив, тромбоз кіркового синуса).

6. РОЗЛАДИ ІЗ ПСИХІАТРИЧНИМИ ПРОЯВАМИ

6.1. Гострий психоз при хворобі Паркінсона

Гострий психоз на фоні паркінсонізму найчастіше виникає при супутній деменції, котра часто легка й ігнорується оточенням. Він може провокуватися зміною середовища (наприклад під час госпіталізації або відпустки), інфекціями дихальних і сечовивідних шляхів, але найчастіше — призначенням нових протипаркінсонічних ліків, зокрема агоністів дофамінових рецепторів, холінолітиків, амантадину й інгібіторів КОМТ. Слід виключити системні метаболічні причини делірію, родичів треба ретельно розпитати про наявність психіатричних проблем (наприклад депресії) у минулому.

Зазвичай у такого хворого розвиваються зорові галюцинації та марення переслідування, вони стають збудженими й ірраціональними. Свідомість переважно зберігається добре.

Пацієнти з мінімальною симптоматикою потребують лише підтримуючого догляду і можуть перебувати вдома. При необхідності госпіталізації потрібна синхронна взаємодія невролога і психіатра. Необхідно уникати моторного обмеження хворого через ризик наростання збудження, насильницьких дій і випадкової травми. Friedman and Factor рекомендують поступову відміну холінолітиків, далі — селегіліну, агоністів дофамінових рецепторів, амантадину й інгібіторів КОМТ. Якщо збудження утримується, то слід знизити дозу леводопи до мінімального рівня, при якому не погіршуватимуться моторні симптоми. Дози застосовуваних медикаментів зменшують в інтервалі кількох днів, щоб уникнути синдрому паркінсонізму-гіперпірексії.

Більшість пацієнтів реагує на вище описані заходи. Якщо ж агресивний хворий небезпечний для себе та інших, то йому перорально або парентерально застосовують бензодіазепіни, наприклад діазепам. Сильні великі транквілізатори типу галоперидолу можуть суттєво погіршити прояви акінетико-ригідного синдрому в дуже збудженого пацієнта, їх призначають протягом лише кількох днів у невеликих дозах тоді, коли бензодіазепіни неефективні. Для досягнення довготермінового контролю над психозом (як мінімум протягом кількох тижнів) необхідно застосувати атипові нейролептики. Вони швидко дисоціюються від D₂-дофамінових рецепторів, мають коротку тривалість дії і менш імовірно спричиняють екстрапірамідні побічні ефекти (наприклад ЗНС), ніж традиційні антипсихотики. Їх дози становлять приблизно 1/10 від тих, що застосовуються при шизофренії. Засвідчено, що клозапін чітко асоціюється з низьким ризиком моторних ускладнень за рахунок невеликого підвищення ризику гематологічної і кардіологічної токсичності. Доброю альтернативою залишається кветіапін, котрий рідко викликає достовірне погіршення паркінсонізму. Інколи прописують оланзапін або рисперидон, але вони інколи спричиняють екстрапірамідні симптоми і навіть ЗНС.

6.2. Психогенні рухові розлади

Психогенні моторні розлади дуже гетерогенні, часто починаються раптово і тому трапляються у відділенні інтенсивної терапії. Варіабельність феноменології й анатомічного розподілу мимовільних рухів, їх зниження або посилення при психічному або моторному відволіканні вказують на можливість такого діагнозу. Його слід розглядати, щоб уникнути непотрібних досліджень. Разом з тим точна верифікація такого стану в невідкладній ситуації часто важка, і виключення структурного ураження може бути необхідним у поєднанні з тривалим спостереженням за пацієнтом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ables AZ, Nagubilli R. Prevention, recognition, and management of serotonin syndrome. *Am Fam Physician*. 2010 May 1;81(9):1139-42.
2. Casey DE. Motor and mental aspects of acute extrapyramidal syndromes. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1994;380:14-20.
3. Erro ME, Gastón I, Navarro MC. Movement disorders in the emergency department. *An Sist Sanit Navar*. 2008;31 Suppl 1:127-40.
4. Factor SA, Molho ES. Emergency department presentations of patients with Parkinson's disease. *Am J Emerg Med*. 2000 Mar;18(2):209-15.
5. Francis A. Catatonia: diagnosis, classification, and treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2010 Jun;12(3):180-5.
6. Frucht SJ. Movement disorder emergencies. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2005 Jul;5(4):284-93.
7. Kipps CM, Fung VS, Grattan-Smith P, de Moore GM, Morris JG. Movement disorder emergencies. *Mov Disord*. 2005 Mar;20(3):322-34.

8. Malhotra AK, Litman RE, Pickar D. Adverse effects of antipsychotic drugs. *Drug Saf.* 1993 Dec;9(6):429-36.
9. Margetić B, Margetić BA. Neuroleptic malignant syndrome and its controversies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010 May;19(5):429-35.
10. Mariotti P, Fasano A, Contarino MF, Della Marca G, Piastra M, Genovese O, Pulitanò S, Chiaretti A, Bentivoglio AR. Management of status dystonicus: our experience and review of the literature. *Mov Disord.* 2007 May 15;22(7):963-8.
11. Onofrij M, Bonanni L, Cossu G, Manca D, Stocchi F, Thomas A. Emergencies in parkinsonism: akinetic crisis, life-threatening dyskinesias, and polyneuropathy during L-Dopa gel treatment. *Parkinsonism Relat Disord.* 2009 Dec;15 Suppl 3:S233-6.
12. Poston KL, Frucht SJ. Movement disorder emergencies. *J Neurol.* 2008 Aug;255 Suppl 4:2-13.
13. Tousi B. Movement disorder emergencies in the elderly: recognizing and treating an often-iatrogenic problem. *Cleve Clin J Med.* 2008 Jun;75(6):449-57.

ХРОНІКА

І.О. ФІЛЬЧАГОВА, О.М, ЦИМБАЛА

ДЕЯКІ ВИЗНАЧНІ ДАТИ ЖОВТНЯ

1 жовтня – Міжнародний день людей похилого віку.

За міжнародними стандартами, особою похилого віку вважається той, хто досяг 65 років. Таких у світі нині – понад 629 мільйонів, тобто майже кожна десята людина на Землі. До 2050 року число їх у багатьох розвинених країнах збільшиться вдвічі, а загальна кількість складе 2 мільярди осіб.

Міжнародний день людей похилого віку відзначається щорічно в усьому світі 1 жовтня за ініціативи Генеральної Асамблеї ООН (14-го грудня 1990-го року, резолюція №A/RES/45/106 від 14 грудня 1990 р.) Офіційне затвердження на міжнародному рівні було викликано зниженням внесків в спеціальний Цільовий фонд з проблем старіння ООН при одночасному стрімкому старінні населення світу, що свідчить про занепад моралі та культури в суспільстві. В Україні цей день відзначають з 1991 р., це також і День ветерана. Шоста частина людей похилого віку в Україні - самотні.

Вважається, що людина, яка дожила до похилого віку, гідна поваги навіть тільки тому, що їй це вдалося. Далеко не всім дано відчутти мудрість своїх років. Літня людина має винятковий досвід і терпіння, наполегливість у досягненні поставлених завдань.

Ставлення до наших батьків і матерів є визначальним для суспільства. Генеральна Асамблея ООН закликає вирішувати вікові проблеми цивілізовано, збільшувати тривалість життя та покращувати його якість.

Це шанс замислитися про людський обов'язок бути турботливими і милосердними до найповажнішої частини суспільства та привід до роздумів щодо подальшої долі людства, його культури, цінностей.

Другий четвер жовтня – Всесвітній день зору. Проводиться для залучення глобальної уваги до проблем сліпоти, порушення зору і реабілітації людей з порушенням зору.

У проведенні Всесвітнього дня зору беруть участь всі партнери в області профілактики порушення зору та відновлення зору. Цей день є також основною подією для профілактики сліпоти та глобальної ініціативи з профілактики сліпоти "Бачення 2020: Право на зір", створеної ВООЗ та Міжнародним агентством з профілактики сліпоти.

Сліпота - це нездатність бачити. Провідні причини хронічної сліпоти включають катаракту, глаукому, вікову дегенерацію жовтої плями, помутніння рогівки, діабетичну ретинопатію, трахома і захворювання очей у дітей (наприклад, що викликаються дефіцитом вітаміну А). У світі все ширше зустрічається сліпота, що розвивається з віком, а також сліпота, викликана неконтрольованим діабетом. З іншого боку, в результаті медико-санітарних дій зменшується число випадків сліпоти, що розвивається через інфекцію. Три чверті всіх випадків сліпоти можна запобігти або лікувати.

Основні факти

У всьому світі близько 285 мільйонів чоловік страждають від порушень зору, з яких 45млн. вражені сліпотою і 240 мільйонів мають знижений зір.

Близько 90% людей, що страждають від порушень зору, живуть в країнах, що розвиваються.

На глобальному рівні основною причиною порушень зору є нескоректовані аномалії рефракції, а в країнах з середнім і низьким рівнем доходу основною причиною сліпоти є катаракта.

За останні 20 років кількість людей, які страждають від порушень зору в результаті інфекційних хвороб, значно зменшилася.

80% випадків порушення зору можна запобігти або вилікувати.

10 жовтня - Всесвітній день психічного здоров'я

Всесвітній день психічного здоров'я відзначається з 1992 року, з ініціативи Всесвітньої федерації психічного здоров'я. Видаються тематичні журнали міжнародних психіатричних організацій, розсилаються звернення в урядові структури і органи охорони здоров'я, що закликають взяти участь в міжнародному русі.

Всесвітня організація охорони здоров'я заявила, що в наші дні на планеті існують більше 450 мільйонів людей, які страждають психічними захворюваннями. А в західних країнах кожна сьома людина є або параноїком / шизофреніком, або схильна до депресій і алкоголізму.

Метою Всесвітнього дня психічного здоров'я є скорочення поширеності депресивних розладів, шизофренії, хвороби Альцгеймера, наркотичної залежності, епілепсії, розумової відсталості.

Зростанню захворюваності сприяють інформаційні перевантаження, політичні й економічні катаклізми в країні, а провісниками захворювань є стреси.

Сучасне життя само по собі сприяє стресам: зміни в житті політичному, економічному, негаразди на роботі, та й просто поїздка в громадському транспорті призводять до того, що людина зі своїми стресами починає миритися, а так і до депресії недалеко.

Стреси стали складовою частиною життя сучасної людини. Люди борються з ними, не замислюючись про те, що потрібно не боротися, а не допускати їх.

Друга субота жовтня - Всесвітній день хоспісів та паліативної допомоги.

Організатором цього дня є Світовий Альянс паліативної допомоги, куди входять національні та регіональні організації, що підтримують розвиток хоспісної та паліативної допомоги у всьому світі.

Хоспіс є однією з форм паліативної допомоги - це спеціалізована медична установа для догляду за невиліковно хворими людьми в кінці життя. Філософія хоспісу стверджує, що хоспіс - це не «будинок смерті», але «будинок життя».

Цілі Всесвітнього Дня хоспісної та паліативної допомоги полягають у підвищенні інформованості світової громадськості про проблеми паліативної допомоги та хоспісів, сприяння у створенні умов для того, щоб люди могли висловити свої думки про проблему; підвищення розуміння медичних, соціальних, практичних і духовних потреб людей, які мають невиліковні захворювання та членів їх сімей; сприяння становленню та розвитку благодійних фондів, здатних підтримувати та розвивати рух хоспісної та паліативної допомоги у всьому світі.

В 2014 році Всесвітній день хоспісів та паліативної допомоги припадає на 11 жовтня

12 жовтня – Всесвітній день боротьби з артритом

Всесвітній день боротьби з артритом проводиться за ініціативи Всесвітньої організації охорони здоров'я. Мета Всесвітнього дня боротьби з артритом – привернення уваги та інформованості широкої громадськості до проблем ревматологічних захворювань.

У наш час ревматологічні захворювання займають високі позиції в рейтингу причин захворюваності та інвалідності. Цьому недузї схильні не тільки літні, але і багато молодих людей, а також діти.

Артритом хворіє приблизно кожна сота людина. Біль, обмеження в русі, хронічна ниркова недостатність, висока інвалідизація - це те, що несе з собою артрит. Хвороби суглобів вимагають тривалого постійного медичного нагляду та лікування. Хворі гостро потребують реабілітації і соціальної адаптації.

Артрит (грец. Арθρον - суглоб +-itis - запалення) - збірне позначення будь-яких хвороб (поразок) суглобів. Може бути основним захворюванням (наприклад, спондиліт) або проявом іншого захворювання (наприклад, ревматизму). Протікає в гострій і хронічній формах з ураженням одного або декількох (поліартрит) суглобів. Серед причин розрізняють інфекції (туберкульоз, бруцельоз), обмінні порушення (наприклад, при подагрі), травми та ін

16 жовтня - Всесвітній день здорового харчування

Здорове, правильне харчування, є одним з найбільш значущих аспектів способу життя людини і факторів його здоров'я. Давня мудрість говорить: «Ми є те, що ми їмо». Мета Всесвітнього дня здорового харчування - залучення уваги громадськості до проблем харчування в сучасному суспільстві.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 80 відсотків усіх захворювань пов'язані тією чи іншою мірою з харчуванням, а 40 відсотків з них пов'язані безпосередньо з фактором харчування людини.

Оптимальне здорове харчування може сприяти не тільки поліпшенню вашого самопочуття, бадьорості, енергійності та активності, але також дозволить знизити ризики розвитку серйозних серцево-судинних захворювань, онкологічних, шлунково-кишкових та інших захворювань, значно погіршуючих якість вашого життя. Харчуйтеся правильно, не шкодуйте часу на приготування здорової свіжої їжі, відмовляйтеся від сурогатного швидкого харчування і ви істотно зміните своє життя на краще!

Десять правил здорового харчування:

Прийміть за правило, їсти більше овочів і фруктів. При цьому кількість овочів має бути більше, ніж фруктів, так як фрукти містять велику кількість сахарози. Знижена кількість сахарози міститься в апельсинах, ананасах і грейпфрутах. Їх можна їсти в необмеженій кількості.

Відмовтеся від випічки, особливо свіжої, скоротіть кількість солодкого. При виборі тортів, зупиніться на варіанті з пониженим вмістом жирів і без масляних кремів.

Візьміть за правило їсти вранці кашу і пийте до 2-х літрів води в день. Найкраще для здорового харчування підійде мінеральна негазована вода. Вона поліпшить процеси травлення і дуже корисна для шкіри.

Виключіть зі свого раціону харчування алкоголь. Це не тільки висококалорійний продукт, але його вживання тягне за собою вживання величезної кількості закуски.

Урізайте порції, замініть одні продукти схожими по калорійності, але менш шкідливими і калорійними. Наприклад, вершки — нежирним йогуртом, цукор — медом, цукерки — сухофруктами і так далі.

Візьміть за правило ходити в магазин на ситий шлунок і читати на упаковках калорійність купуючих вами продуктів.

Урізноманітніть своє харчування, винаходьте нові страви, не ставайте рабом одних і тих же продуктів, від цього погіршується самопочуття і настрої. Пам'ятайте, що все має робитися з задоволенням, інакше, навіщо братися за цю справу. Катувати себе не треба!

Зрідка дозволяйте собі трохи солодкого і мучного — того, що принесе вам більше задоволення. Заохочуйте себе за завзятість і силу волі, інакше здоровий спосіб життя і здорове харчування зокрема, вам швидко набридне.

Не їжте після 18-19 годин, а вечерю зробіть легким. Це найголовніше правило для здорового способу життя та підтримки оптимальної ваги. Це тільки на початку, важко, але дуже скоро стане для вас природним.

Радійте життю і менше нервуйте. Слухайте приємну музику і зустрічайтеся з приємними вам людьми, робіть розслаблюючий масаж і взагалі, любіть себе. Це теж дуже важлива складова здорового способу життя.

Здорове харчування захищає людину від маси хвороб, зміцнює імунітет до деяких хвороботворних факторів, підтримує на стабільному рівні масу тіла. Іншими словами, дозволяє множити і примножувати здоров'я.

16 жовтня - Всесвітній день анестезіолога

Для переважної більшості людей чутливість до болю є істотним чинником, коли мова заходить про необхідну, іноді термінову медичну допомогу, особливо при оперативному втручанні. Перевищення больового порогу при хірургічних операціях для людини може стати фатальним результатом і це спостерігалось протягом багатьох сторіч.

За даними проекту DilovaMova.com, одне з перших рішень цієї проблеми запропонував в першому столітті до нашої ери давньогрецький лікар і філософ по імені Діоскорид. Мандруючи разом з римською армією і займаючись медичною практикою, за імператора Нерона, він звернув увагу, що застосування снодійних та заспокійливих ліків, які виготовлялися з мандрагори, дозволяє проводити більш успішне хірургічне втручання, відповідно і шансів на одужання у поранених воїнів ставало більше. Саме він першим і застосував, відому в наші дні, термінологію - «анестезія», процедура зменшення чутливості нашого тіла або ж його частин аж до повної зупинки сприйняття інформації про зовнішнє навколишнє середовище або власний хворобливий стан.

Прогрес не стояв на місці і пізнання людини в цій галузі призвели до того, що анестезіологія була виділена в окрему гілку медицини, яка зараз невід'ємно супроводжує не тільки хірургію та її відгалуження, але і психіатрію, наркологію.

Людство суттєво просунулося в пізнаннях медицини і кожна її гілка заслужила окремої уваги та шанування, адже в цілому ^ все це покликане сприяти найдорожчому, що у нас є - збереженню нашого життя. Так, щороку 16-го жовтня, відзначається Всесвітній день анестезіолога. Саме в цей день, в далекому 1846-му році, американський хірург і стоматолог Вільям Томас Грін Мортон вперше публічно продемонстрував успішне застосування анестезії для створення загального наркозу. В якості анестетика він застосував інгаляцію діетилового ефіру.

Зараз в сучасній медицині розрізняють не тільки загальну, але і місцеву, а також спинномозкову анестезію. Препарати і методологія для проведення анестезії постійно удосконалюються.

20 жовтня – Всеукраїнський день боротьби із захворюванням на рак молочної залози

Здоров'я жінки. Рак молочної залози є найпоширенішим онкологічним захворюванням у жінок. Причиною виникнення раку молочної залози може бути погана екологія, спадкова схильність до онкології, гормональні порушення, часті аборти.

Рання діагностика онкологічних захворювань молочної залози є поясненням того, чому в розвинених країнах від раку видужує майже 90% жінок. У нашій країні цей показник набагато нижчий. Багато в чому пояснюється це тим, що, по-перше, слово "рак" сприймається пацієнтками, як вирок.

Важливо пам'ятати, що рак - це діагноз, і своєчасне виявлення і розпочате лікування дає реальний шанс на одужання.

Чинники ризику. Приблизно в 10% хворих раком молочної залози розвиток хвороби обумовлений обтяженою спадковістю. У решти жінок основними чинниками, що підвищують вірогідність захворіти, є особливості функціонування їх репродуктивної системи: ранній вік початку менструацій, пізні перші пологи або їх відсутність, нетривала лактація, тривалий прийом гормональних контрацептивів, пізня менопауза, тривала замісна гормонотерапія в постменопаузі.

Основним проявом раку молочної залози на ранніх стадіях є наявність утворення в молочній залозі. Це утворення виявляє або сама жінка, або воно виявляється при мамографії, УЗД або інших методах дослідження. За відсутності лікування пухлина збільшується в розмірах, проростає в шкіру (викликає втягнення шкіри - "лимонна кірка", зміни форми соска, виділення з нього), і грудну стінку. Через лімфатичні судини клітини потрапляють в найближчі лімфовузли.

Через кров ракові клітини розносяться по всьому організму, даючи зростання новим пухлинам — метастазам. Найчастіше рак молочної залози метастазує в легені, печінку, кістки, головний мозок. Ураження цих органів, а також розпад пухлини і приводить до смерті.

Діагностика. Діагностика раку молочної залози ґрунтується на даних лікарського огляду, ультразвуковому дослідженні, мамографії, визначення онкомаркеру СА 15-3, цитологічному дослідженні матеріалу, отриманого з патологічної зони (шляхом проколу голкою або за допомогою мазка виділень); гістологічному дослідженні шматочків пухлини. Доведеним визнається діагноз, підтверджений при мікроскопії, тобто при цитологічному або гістологічному дослідженнях. Крім того, при раку обов'язково обстежуються органи і тканини, в яких найчастіше може бути виявлені відсів пухлини (метастази), - печінка, легені, кістки. Ультразвукове дослідження молочної залози в значній мірі дозволяє візуалізувати патологічний утвір, уточнити його локалізацію, розміри і структуру. Ультразвукове дослідження доцільно проводити жінкам молодше 30 років, в більш старшому віці показана мамографія.

Мамографія проводиться в наступних випадках:

- при профілактичному обстеженні (скринінгу) здорових жінок з метою виявлення ранніх (доклінічних), форм раку молочної залози, що, як правило, не пальпуються;
- з метою диференціальної діагностики раку і доброякісних дисгормональних гіперплазій молочної залози;
- для з'ясування характеру первинної пухлини при рішенні питання про можливість виконання органозберігаючих операцій – секторальної резекції молочної залози;
- для динамічного диспансерного контролю за станом іншої молочної залози при однобічній мастектомії;
- для уточнення клінічної форми пухлини молочної залози (вузлувата, місцево-інфільтративна, дифузна);
- для діагностики клінічно прихованих форм раку молочної залози, що виявляються лише по наявності збільшених і ущільнених пахвових лімфатичних вузлів.

20 жовтня - Всесвітній день профілактики остеопорозу

Ініціатива створення Всесвітнього дня профілактики остеопорозу належить Національному суспільству остеопорозу Великобританії та Всесвітньої організації охорони здоров'я. Відзначається Всесвітній день профілактики остеопорозу щорічно 20 жовтня, починаючи з 1999 року. Остеопороз є захворюванням, що знижує щільність кісток. У процесі хвороби скелет людини стає більш крихким, а ймовірність переломів значно зростає. Остеопороз стоїть у списку причин інвалідності і смертності людей, згідно зі статистикою ВООЗ - на четвертому місці після інфекційних захворювань. Даному захворюванню піддаються всі раси без виключень і обидві статі, і чоловіки і жінки. Як правило, жінок остеопороз вражає після 50 років, а чоловіків - після 70.

Серед найбільш поширених скарг хворих на остеопороз зниження працездатності, підвищена стомлюваність, сильні болі в спині. Проте в 50% випадків початкові стадії хвороби проходять безсимптомно, що і створює проблеми в діагностуванні. У зв'язку з цим медики підкреслюють важливість регулярних оглядів та профілактики, що полягає в дієті, багатій кальцієм, але вільною від білків, кави або чаю, дотриманні здорового способу життя, прогулянок.

29 жовтня - Міжнародний день псоріазу. У цей день у 47 країнах світу проводять різноманітні благодійні акції й соціальні заходи для привернення уваги громадськості до проблеми захворювання, від якого страждають 125 мільйонів людей. Головна тема цього року - «Псоріаз - глобальна проблема охорони здоров'я».

Цілі проведення Всесвітнього дня псоріазу:

- розвінчати міф про те, що псоріаз є інфекційним захворюванням; . залучення державних установ та органів влади до вирішення проблеми;
- надання всебічної підтримки пацієнтам та їх сім'ям; . надання пацієнтам інформації щодо сучасних методик лікування псоріазу;
- сприяти проведенню шкіл псоріазу для пацієнтів та їх родичів. З 2004 року Всесвітній день псоріазу відзначають під патронатом Міжнародної федерації асоціацій псоріазу (IFPA). Всеукраїнська громадська організація «Українська асоціація псоріазу» приєдналася до цієї ініціативи у 2009 році.

«Псоріаз - це не тільки велика медична, але й важлива соціальна проблема, яка набуває дедалі більшої актуальності як у професійних колах, так і у суспільстві. Як і у всьому світі, українські дерматологи повинні опиратися на методи доказової медицини в лікуванні псоріазу. Дерматологічна галузь стрімко розвивається, і, всупереч існуючому конформізму, нові методики і технології знаходять своє застосування», - розповів у одному з інтерв'ю головний дерматовенеролог України Олександр Літус.

У світі всередньому 2,5-3% населення страждають на псоріаз, і є всі підстави вважати, що в Україні таких людей налічується близько 1,5 мільйонів. Якщо додати до цієї кількості всіх рідних та близьких, які «хворіють» разом із своїми родичами з псоріазом, то кількість українців, що переймаються цією проблемою може сягнути близько 5 мільйонів.

Олександр Літус стверджує, що якщо раніше в Україні не було можливості ефективно боротися з цим захворюванням, то сьогодні - є. В Україні вже освоєний найсучасніший метод впливу на механізм виникнення псоріазу - імунобіологічна терапія. Метод вже застосовується у деяких клініках і безпечний навіть при наявності супутніх захворювань. Також наразі завершується прийняття національних протоколів лікування псоріазу, в яких надана інформація про те, як ефективно і з максимальним комфортом боротися з недугом, а від яких методів слід відмовитись.

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

ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:

40 річчям

Орел Марію Глібівну

45 річчям

**Бевз Оксану Володимирівну
Березюка Олега Романовича
Колач Тетяну Степанівну**

50 річчям

**Пришко Зоряну Романівну
Хомишина Володимира Павловича
Моту Оксану Миколаївну**

55 річчям

Мисловську Ірину Сергіївну

60 річчям

**Шумлянського Ігора Володимировича
Любінця Олега Володимировича
Томківа Василя Михайловича
Залецького Миколу Павловича**

65 річчям

**Личковського Едуарда Івановича
Садового Ігора Степановича**

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

Редколегія

Хроніка жовтня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

2 жовтня – 230 років від дня народження **Євстахія Петровича Рудиковського (псевдо Остап Київський)**, Народився на Київщині в сім'ї священика. У 1806 р. закінчив Києво-Могилянську академію, у 1810 р. закінчив Петербурзьку медико-хірургічну академію. Як лікар був учасником війни 1812 р. В подальшому працював у Київському військовому госпіталі та в цивільних лікарнях. Помер у Києві в 1851 р. на 67 році життя.

4 жовтня – 80 років від дня народження **Миколи Марковича Сергієнка**, українського вченого-офтальмолога. Народився в м. Слов'янськ Донецької області. У 1958 р. закінчив Харківський медичний інститут. У 1960-1963 рр. був аспірантом. У 1962 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Вплив якості зображення на очному дні на гостроту зору”. У 1963-1972 рр. працював асистентом кафедри очних хвороб Донецького інституту. У 1972 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Дослідження до теорії клінічної рефракції ока людини”. У 1972-1977 рр. працював завідувачем кафедри очних хвороб Дагестанського медичного інституту. Від 1978 р. – завідувач кафедри офтальмології НМАПО ім. П. Шупика. Від 1978 р. – головний офтальмолог МОЗ України. Голова Київського товариства офтальмологів, заступник голови Українського товариства офтальмологів. Лауреат Державної премії в галузі науки і техніки УРСР (1988). У 1991 р. був обраний членом-кореспондентом НАН України, в 1993 р. обраний членом-кореспондентом АМН України. Науковий керівник Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні “Центр мікрохірургії ока”. М. М. Сергієнко є автором (співавтором) біля 350 наукових праць, в т.ч. підручників, монографій, 40 авторських свідоцтв і патентів.

6 жовтня – 75 років від дня народження **Людмили Василівни Шевченко**, українського вченого. Народилася в с. Народичі Житомирської області. У 1962 р. закінчила санітарно-гігієнічний факультет Львівського медичного інституту. у 1962-1965 рр. працювала заступником головного лікаря з санітарно-епідеміологічної роботи Плещеницької райлікарні (Білорусь), у 1965-1968 рр. – аспірант, в 1968-1978 рр. – науковий співпрацівник Львівського НДІ епідеміології і мікробіології. У 1969 р. захистила кандидатську дисертацію на тему: “Изучение действия антибиотиков на возбудители столбняка в эксперименте”. У 1978-1990 рр. – асистент кафедри. У 1990-1997 рр. – завідувач кафедри епідеміології Львівського медичного університету. Була автором близько 60 наукових і навчально-методичних праць. Основні наукові роботи присвячені питанню імунітету, лікуванню та профілактики правцю, епідеміології дизентерії, черевного тифу, вірусного гепатиту. Померла 26 вересня 1997 р., проживши майже 58 років.

8 жовтня – 65 років від дня народження **Марії Броніславівни Шегедин**. У 1973 р. закінчила медичний факультет Львівського медичного інституту. У 1974-1978 рр. працювала викладачем терапії, у 1979-1981 рр. – завідувач однорічних курсів медсестер: у 1981-1987 рр. – методист, у 1987-1991 рр. заступник директора з навчальної роботи Львівського державного медичного коледжу імені Андрея Крупинського. Від 1991 р. – директор коледжу, за сумісництвом асистент кафедри терапії №2 (1994-1995), асистент (1996), доцент (1996-1998) кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб. Від 2003 р. професор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб і сестринської справи Львівського медичного університету. У 1994 р. отримала вчений ступінь кандидата медичних наук, у 1997 р. – звання доцента, у 2002 р. – вчений ступінь доктора медичних наук, у 2005 р. – звання професора. У 1998 р. отримала почесне звання “Заслужений лікар України”.

М.Б. Шегедин є автором (співавтором) близько 200 наукових праць, навчально-методичних робіт. Серед них монографії, підручники, посібники, довідники.

Напрямок наукових досліджень – патологія ендокринної та серцево-судинної системи, реформування медсестринської справи, питання сімейної медицини.

10 жовтня – 75 років від дня народження **Петра Дмитровича Фоміна**, лікаря-хірурга. У 1962 р. закінчив Томський медичний інститут. У 1964 р. закінчив клінічну ординатуру на кафедрі госпітальної хірургії цього ж інституту, працював ординатором госпітальної хірургічної клініки. Від 1970 р. працював в Київському медінституті ім. О.О. Богомольця на кафедрі госпітальної, потім факультетської хірургії педіатричного факультету: у 1970-1981 рр. асистент, у 1981-1985 рр. – доцент. У 1984 р. захистив докторську дисертацію, у 1985 р. отримав звання професора, у 1985-1992 рр. – професор кафедри, від 1992 р. – завідувач кафедри факультетської хірургії №2. У 1990 р. отримав почесне звання Лауреата Державної премії УРСР, у 2005 р. – Лауреат Державної премії в галузі науки і техніки України. Від 1992 р. – керівник Київського міського Центру хірургії гострих шлунково-кишкових кровотеч. Наукові дослідження присвячені хірургічній гастроентерології, відновній та реконструктивній хірургії ШКТ, хірургії гепатобіліарної системи. П.Д. Фомін є автором близько 500 науково-методичних праць, 25 свідоцтв та патентів на винаходи. Під його керівництвом виконано 2 докторських та 26 кандидатських дисертацій. Член Правління та Президії Українського товариства хірургів, член Європейського товариства хірургів.

10 жовтня – 60 років від дня народження **Віктора Івановича Степаненка**. У 1979 р. закінчив Київський медичний інститут. У 1979-1984 рр. – працював старшим лаборантом кафедри шкірних та венеричних хвороб; у 1985-1990 рр. – асистент кафедри. У 1987 р. лауреат премії ЛКСМУ імені М. Островського, у 1990 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Клініка, діагностика і патогенетично обґрунтована терапія гонореї та сифілісу з урахуванням патоморфозу інфекцій”. Докторська дисертація була відзначена премією ВАК у 1991 р. У 1991-1994 рр. – доцент кафедри. Від 1995 р. – професор кафедри шкірних та венеричних хвороб. В.І. Степаненко є автором понад 300 наукових публікацій, в т.ч. 1 монографії, співавтор підручнику, 16 авторських свідоцтв СРСР на винаходи, 5 зарубіжних патентів, 14 деклараційних патентів України. Підготував 1 доктора та 10 кандидатів наук.

12 жовтня – 80 років від дня народження **Юрія Миколайовича Щербака**, українського лікаря, вченого, дипломата, письменника. Народився у Києві. У 1952 р. з відзнакою закінчив Київське медичне училище. У 1952-1958 рр. навчався в Київському медичному інституті, який закінчив з відзнакою. Працював після закінчення медінституту в НДІ мікробіології, епідеміології та інфекційних захворювань (1958-1987), де пройшов шлях від молодшого наукового співробітника до наукового консультанта. У 1965 р. захистив кандидатську дисертацію про епідеміологію бруцельозу в Україні (1965) та докторську – на тему епідеміології та вірусології сказу природного типу на території України (1983). Автор понад 100 наукових праць в галузі епідеміології, історії медицини. Брав участь в боротьбі зі спалахами небезпечних інфекційних хвороб в Україні та Узбекистані. Народний депутат СРСР (1989-1991), голова підкомітету з питань ядерної екології, член міжрегіональної депутатської групи на чолі з А. Сахаровим, Б. Єльциним. Голова Української екологічної асоціації “Зелений світ”, засновник і перший голова Партії зелених України (1990). Міністр охорони навколишнього середовища України, член РНБ (1991-1992). Надзвичайний і Повноважений посол України в Ізраїлі (1992-1994), Посол України в США (1994-1998), за сумісництвом в Мексиканських СШ (1997-1998), Посол України в Канаді (2000-2003). Радник Голови ВРУ з міжнародних справ (2004-2006). Член Спілки письменників України (від 1966). Академік УЕАН, нагороджений Почесною грамотою ВРУ (2004), державний службовець 3 рангу (01.1999). Автор понад 20 книжок.

14 жовтня – 95 років від дня народження **Івана Федоровича Криворучка**, лікаря-невропатолога. Учасник Великої Вітчизняної війни. Нагороджений орденами і медалями СРСР. У 1951 р. закінчив Київський медичний інститут. У 1968 р. захистив дисертацію на тему: “Церебральные осложнения у больных сахарным диабетом”. Від 1969 р. – доктор медичних наук. У 1982-1988 рр. – професор кафедри нервових хвороб, від 1988 р. – професор-консультант неврологічного відділення лікарні №14 м. Києва. Автор близько 60 наукових праць, в т.ч. 5 монографій, підручника у співавторстві. Наукові праці присвячені проблемам неврологічних ускладнень злоякісних пухлин позамозкової локалізації, судинних ускладнень цукрового

діабету. Перший голова наукового товариства медичних генетиків України. Помер 24 березня 1996 р. на 77 році життя.

14 жовтня – 90 років від дня народження **Євгена Тимофійовича Скляренка**, лікаря травматолога-ортопеда. Був учасником ВВВ. Нагороджений орденами та медалями СРСР. У 1950 р. закінчив Львівський медичний інститут. У 1952-1977 рр. – працював в Інституті травматології і ортопедії АМН УРСР: клінічний ординатор, асистент, доцент, доктор медичних наук, професор, керівник клініки захворювань суглобів у дорослих. Докторську дисертацію захистив у 1966 р., звання професора отримав у 1968 р. лауреат Державної премії в галузі науки і техніки УРСР (1974). Від 1977 р. завідувач кафедри травматології і ортопедії Київського медичного інституту ім. О.О. Богомольця. Автор (співавтор) понад 400 наукових праць, в т.ч. монографій, підручника, навчальних посібників. Під його керівництвом виконано 28 кандидатських та 9 докторських дисертацій. Розробив новий науковий напрямок в ортопедії – ревмоортопедію, запропонував методику ортопедичного лікування ревматоїдного артриту, хвороби Бехтерева. Розробив методики артропластики багатьох суглобів. Автор застосування низьких температур в ортопедії та травматології. У 1984 р. отримав звання “Заслужений діяч науки і техніки УРСР”. Головний редактор “Літопису травматології та ортопедії”.

16 жовтня – 85 років від дня народження **Лідії Миколаївни Карпенко**, фізіолога. Народилася в Харкові. У 1952 р. закінчила медичний факультет Чернівецького медичного інституту. у 1952-1954 рр. – аспірант кафедри нормальної фізіології Львівського медичного інституту. У 1955 р. захистила кандидатську дисертацію на тему: “Внешняя секреция желудочных желез и химический состав слизистых оболочек желудка”. У 1954-1960 рр. працювала асистентом кафедри нормальної фізіології ЛДМІ. У 1960-1969 рр. – доцент кафедри. У 1961 р. отримала вчене звання доцента. У 1965 р. захистила докторську дисертацію на тему: “Нейро-гуморальные механизмы регуляции секреторной деятельности желудочных желез”. У 1968 р. отримала вчений ступінь доктора медичних наук. У 1969-1999 рр. працювала професором кафедри, майже одночасно, в 1973-1981 рр. – декан факультету іноземних студентів; у 1981-1989 рр. проректор з міжнародних зв'язків. У 1978 р. отримала почесне звання “Заслужений працівник вищої школи УРСР”. Лідія Миколаївна є автором близько 80 наукових праць, в т.ч. 1 монографії, розділу у підручнику. Напрямок наукових праць – фізіологія шлунково-кишкового тракту, фізіологічні особливості тренувань юних спортсменів

17 жовтня – 120 років від дня народження **Якова Небиловця**, лікаря-стоматолога. Народився в с. Новиця Калуського повіту в Прикарпатті. У 1915 р. закінчив гімназію. Служив в уланському полку Австро-Угорщини. Після формування легіону Українських Січових стрільців брав участь у битвах як хорунжий українських військ, відзначений нагородами. У 1917-1918 рр. навчався на військових курсах у Віденській військовій академії. Був активним учасником Листопадового Чину, вів перемовини з керівництвом окупаційних військ. Ще з 1917 р. записався до медичного факультету Львівського університету, але поновив навчання у 1920 р. в Українському (таємному) університеті. У 1920-1928 рр. працював зубним техніком. У 1928 р. закінчив курси спеціалізації зі стоматології, працював зубним лікарем у “Касі хворих”, продовжив навчання і в 1940 р. отримав диплом лікаря-стоматолога. Завідував лікарнею на Волині. Під час німецької окупації провадив приватну практику у Львові. У 1944 р. – лікар Центральної міської стоматологічної поліклініки. Одним з перших почав займатися реплантацією зубів. У 1957 р. вийшла його монографія у Київському видавництві, що стала єдиною книгою такого змісту на теренах СРСР. Помер 7 червня 1977 р. на 83 році життя.

18 жовтня – 160 років від дня народження **Сергія Петровича Томашевського**. Народився в с. Кролевець (тепер Сумської обл.). У 1876 р. закінчив Петербурзьку медико-хірургічну академію. У 1883 р. отримав вчений ступінь доктора медицини. У 1887 р. став приват-доцентом шкірно-венерологічної клініки Київського університету. У 1897-1916 рр. завідувач клінічного відділення нашкірних і сифілітичних хвороб військового госпіталю, професор сифілідології і дерматології Університету св. Володимира. Голова (1900-1916) Київського дерматологічного та сифілідологічного товариства, один із організаторів і директор жіночого медичного відділу при Вищих жіночих курсах у Києві (1906), який у 1913 р.

перетворено на Жіночий медичний інститут. Вчений був почесним членом Паризького та Віденського дерматосифілідологічних товариств, автором наукових праць з дерматовенерології. Помер 8 березня 1919 р. на 65 році життя.

20 жовтня – 120 років від дня народження **Сергія Авраамовича Верхратського**, лікаря-хірурга. Народився в м. Крижополі в сім'ї священика. Навчався у Варшавському та Одеському університетах. Був учасником Визвольних змагань, організував медичну допомогу воякам армії С. Петлюри. Працював лікарем на Полтавщині, асистентом Донецького медичного інституту. Докторська дисертація “Матеріали з історії медицини на Україні до часів уведення земства” (1945). Працював завідувачем кафедри госпітальної хірургії Івано-Франківського медичного інституту, в 1946-1971 рр. виховав ціле покоління хірургів на Прикарпатті. Написав багато праць з історії медицини, підручник з історії медицини українською мовою, який перевидавався 4 рази (1964, 1974, 1983, 1991). Написав спогади про визвольні змагання 1918-1919 рр. Помер 23 лютого 1988 р. на 94 році життя.

20 жовтня – 115 років від дня народження **Сергія Іларіоновича Ігнатова**, лікаря педіатра. Народився в м. Луганськ. У 1924 р. закінчив медичний факультет Ростовського-на-Дону університету. У 1924-1927 рр. – ординатор кафедри і клініки дитячих хвороб цього ж університету; у 1928-1933 рр. – асистент кафедри; у 1933-1938 рр. – доцент кафедри і клініки. У 1935 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Ферментативные свойства желудочного содержимого у детей”. У 1936 р. отримав вчене звання доцента. За сумісництвом у 1926-1938 рр. – науковий співпрацівник Ростовського НДІ охорони здоров'я дітей та підлітків. У 1938 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Функциональная диагностика заболеваний желудка в детском возрасте”. У 1939 р. отримав ступінь доктора медичних наук, а згодом – звання професора. У 1938-1950 рр. – завідувач кафедри дитячих хвороб медичного інституту м. Іваново, за сумісництвом – консультант Івановського інституту ОХМАТДИТ (1938-1941). Починаючи з 1950 р. працював у Львові, в 1950-1970 рр. – завідувач кафедри шпитальної педіатрії, одночасно декан педіатричного факультету (1951-1958), у 1970-1972 рр. – професор кафедри. Автор близько 100 наукових і навчально-методичних робіт, в т.ч. 9 монографій, посібників, розділів підручнику. Підготував 30 кандидатів і 3 докторів наук. Помер 6 жовтня 1997 р., проживши майже 98 років.

21 жовтня – 65 років від дня народження **Євгенія Георгійовича Педаченка**, лікаря-нейрохірурга. Народився в м. Вінниця. У 1972 р. закінчив Київський медичний інститут ім. О.О.Богомольця. У 1972-1975 рр. – лікар-нейрохірург, клінічний ординатор, у 1976-1986 рр. молодший науковий працівник, старший науковий працівник. У 1984 р. захистив докторську дисертацію. Від 1987 р. – керівник відділу нейротравми Інституту нейрохірургії. Від 1993 р. – головний нейрохірург МОЗ України. У 1994 р. обраний членом-кореспондентом АМНУ. Від 1996 р. науковий керівник відділення лазерної та ендоскопічної спінальної нейрохірургії, Голова Наукової медичної ради МОЗ України (1994-2002), Голова хірургічної секції ВАКУ України (2000-2004), член редколегії низки вітчизняних та зарубіжних наукових видань. Член Всесвітньої (від 1986), Європейської (від 1986), Української (від 1993) асоціацій нейрохірургів, почесний член Російської асоціації нейрохірургів (1998), член Американської академії мініінвазивної спінальної хірургії (1999), Американської асоціації нейрохірургічних товариств (2002), член Королівського товариства хірургів США (2003), Академік Польської медичної академії (2005), член Всесвітньої академії ім. Альберта Швайцера (2005), член виконкому Всесвітньої федерації нейрохірургічних товариств, академік Європейської нейрохірургічної академії (2001), лікар-нейрохірург вищої категорії, Заслужений діяч науки і техніки України (1999). Автор (співавтор) понад 400 наукових праць, в т.ч. 21 монографії, 5 навчальних посібників. Підготував 5 докторів та 35 кандидатів наук. Нагороджений медалями та грамотами України.

24 жовтня – 110 років від дня народження **Івана Сергійовича Годованого**. Народився в м. Перемишль в Галичині. У 1925-1928 рр. – член КПЗУ. У 1929 р. переїхав до УРСР, навчався в партійній школі м. Полтава. Працював на Харківському електромеханічному заводі слюсарем. Від 1933 р. навчався у Харківському медичному інституті. 26 жовтня 1937 р. заарештований

контррозвідальним відділом УДБ УНКВС по Харківській області, звинувачений в участі у націонал-фашистській терористичній організації “УВО”. Рішенням НКВС і прокуратури СРСР від 23.11.1937 р. в порядку виконання наказу “00485” засуджений до розстрілу. 29 листопада 1937 р. розстріляний. Реабілітований прокуратурою Харківської області 14 березня 1989 р.

24 жовтня – 60 років від дня народження **Олега Володимировича Любінця**. У 1977 р. закінчив педіатричний факультет Львівського медичного інституту. У 1977-1986 рр. працював молодшим науковим співпрацівником Львівського НДІ туберкульозу. У 1986-1990 рр. працював інструктором РК КПУ м. Львова, за сумісництвом – торакальний хірург Львівського обласного фтизіопульмонологічного центру (1988-1990), у 1990-1995 рр. – головний лікар Львівського міського медичного об’єднання “Фтизіопульмонологія”, у 1996-1998 рр. – президент Львівського ТзОВ “Фарма”, у 1998-2004 рр. – заступник головного лікаря з експертизи тимчасової втрати працездатності 5-ої міської клінічної лікарні м. Львова; від 2004 р. – головний лікар санаторію “Львів” ЗАТ “Укрпрофоздоровниця”. У 1999-2002 рр. – асистент, від 2002 р. завідувач кафедри організації управління охороною здоров’я ФДПО Львівського медичного університету. У 1986 р. став кандидатом медичних наук, у 2003 р. отримав вчене звання доцента. Наукові роботи присвячені проблемам розвитку системи охорони здоров’я населення України. Вчений є автором (співавтором) близько 100 наукових праць, в т.ч. 2 авторських свідоцтв на винаходи.

26 жовтня – 110 років від дня народження **Михайла Григоровича Белицького**. Народився в с. Сахновщина Полтавської губернії в єврейській сім’ї. Лікар. У 1927-1929 рр. служив у РСЧА, від 1934 р. – лікар 185-го автобудівельного загону. Військовий лікар 3-го ранку. Проживав у Хабаровську. Заарештований 4 липня 1938 р. особливим відділом 1 військової будбригади, звинувачений у контрреволюційній діяльності та шкідництві у лавах РСЧА. 3 грудня 1938 р. звільнений під підписку про невиїзд. Справу припинено постановою військової прокуратури 2-ї Окремої Червонопрапорної армії 17 грудня 1938 р.

26 жовтня – 95 років від дня народження **Романа-Олександра Банаха**. Народився в с. Глуховичі біля Львова. У 1930-1938 рр. навчався в Українській академічній гімназії. Навчався у Львівському медичному інституті / медично-природничих фахових курсах. Студентом вступив до дивізії “Галичина”. Наприкінці війни в 1945 р. попав у французький полон і був переданий в СРСР. Відбував ув’язнення в концтаборах Сибіру. Після звільнення закінчив Львівський медичний інститут, працював у Груберові (Польща). З 1954 р. – лікар-ревматолог 1-ї міської лікарні м. Львова. 11 липня 1990 р. помер на 71 році життя.

27 жовтня – 110 років від дня народження **Миколи Васильовича Романова**, лікаря-епідеміолога. У 1930 р. закінчив медичний факультет Воронежського університету. У 1931-1933 рр. аспірант кафедри мікробіології Воронежського медичного інституту; у 1933-1939 рр. – аспірант кафедри мікробіології Самарського медичного інституту. у 1938 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Свойства эпидемического вируса сыпного тифа при экспериментальном заражении кошек”. У 1937-1947 рр. – військовий бактеріолог-епідеміолог в складі діючої армії. У 1946-1953 рр. доцент кафедри мікробіології, за сумісництвом – декан фармацевтичного факультету (1948-1950) Львівського медичного інституту. У 1953-1956 рр. – завідувач кафедри мікробіології Пхеньянського медичного інституту (Корея). У 1956-1974 рр. – організатор і завідувач кафедри епідеміології Львівського медичного інституту; у 1974-1976 рр. – професор кафедри епідеміології; у 1976-1984 рр. – професор кафедри мікробіології ЛДМІ. У 1967 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Грипп: исследование по этиологии, иммунитету и эпидемиологии”. У 1968 р. отримав вчене звання професора. Автор близько 80 наукових і навчально-методичних праць. Підготував 3 кандидатів і 1 доктора наук. Помер 9 грудня 1991 р. на 88 році життя.

27 жовтня – 85 років від дня народження **Лії Олексіївни Трішкової**, лікаря інфекціоніста. У 1954 р. закінчила Київський медичний інститут. Від закінчення інституту почала працювати на кафедрі дитячих інфекційних хвороб, пройшовши шлях від клінічного ординатора до завідувача кафедри. У 1973 р. захистила докторську дисертацію на тему: “Клиническая оценка состояния иммунологической реактивности и обмена микроэлементов

при вирусном гепатиті у дітей”. У 1974 р. отримала вчений ступінь доктора медичних наук, у 1980 р. – звання професора. У 1978-1980 рр. працювала деканом педіатричного факультету, у 1983-1994 рр. – завідувач кафедри дитячих хвороб. Л.О. Трішкова автор понад 160 наукових і навчально-методичних праць, в т.ч. 5 монографій, співавтор та редактор низки підручників, навчально-методичних посібників. Вивчала імунологічний стан дітей при вірусному гепатиті, методи корекції цієї патології. Розпрацювала проблему діагностики та лікування гостри кишкових інфекцій, дифтерії. Підготувала 9 кандидатів наук та 4 докторів наук. По лінії Червоного хреста працювала в Республіці Сомалі.

28 жовтня – 115 років від дня народження **Льонгіна (Леонтія) Мельника**. Народився в м. Рогатин на Прикарпатті. З 1921 р. закінчив медичний факультет в університеті м. Грац (Австрія). Працював у Рогатині. В роки німецької окупації ночами лікував упівців. В серпні 1944 р. заарештований НКВД і засуджений на 20 років каторжних робіт у Сибіру. Повернувся додому у 1953 р. з підірваним здоров'ям. Працював у Тернополі. Передчасно помер у 1958 р. на 54 році життя.

29 жовтня – 120 років від дня народження **Казимира Вацлавовича Вержиківського**. Народився м. Бихів Мінської губернії. Працював лікарем в с. Південний Харківської області. Заарештований 6 березня 1938 р. УДБ УНКВС по Харківській області за обвинуваченням в участі в антирадянській військово-націоналістичній терористичній організації. Ухвалою особливої трійки при УНКВС по Харківській області від 20 квітня 1938 р. засуджений до розстрілу з конфіскацією майна. Розстріляний 29 травня 1938 р. Реабілітований трибуналом КВО 25 квітня 1958 р.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ганіткевич Я. Український медичний календар на 2014 р. / Я. Ганіткевич. – К., 2013. – 84 с. – Зі змісту: [Євстахій Петрович Рудиковський]. – С. 36.
2. Хто є хто в Україні / уклад. та ред.. Ю.Марченко, О. Телемко. – К.: К.І.С, 2006. – 1136 с. – Зі змісту: [Сергієнко Микола Маркович]. – С. 878.
3. Виноград Н. Шевченко Людмила Василівна / Н. Виноград, О. Надрага // 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. 306.
4. Яворський О. Шегедин Марія Броніславівна / О. Яворський, С. Різничок // 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. 306-307.
5. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Степаненко Віктор Іванович]. – С. 230-231.
6. 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: [Фомін Петро Дмитрович]. – С. 258-259.
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: [Щербак Юрій Миколайович]. – С.222.
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: [Криворучко Іван Федорович]. – С. 121-122.
9. 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: [Скляренко Євген Тимофійович]. – С. 223-224.
10. Гжегоцький М. Карпенко Лідія Миколаївна / 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. 122.
 11. 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: [Небиловець Яків]. – С.137-138.
 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: [Томашевський Сергій Петрович]. – С. 247.
 13. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах ті іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Верхратський Сергій Авраамович]. – С. 5, 15, 33, 110, 148, 266.
 14. Ткаченко С. Ігнатів Сергій Іларіонович / С. Ткаченко // 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. 115-116.
 15. Хто є хто в Україні / Уклад. та ред. Ю.Марченко, О. Телемко. – К.: К.І.С., 2006. – 1136 с. – Зі змісту: [Педаченко Євгеній Георгійович]. – С. 738.
 16. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліогр. довід. / Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Годований Іван Сергійович]. – С.261.
 17. Ладний О. Любінець Олег Володимирович / О. Ладний // 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. 169.
 18. 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: [Белицький Михайло Григорович]. – С.238.
 19. 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: [Банах Роман-Олександр]. – С. 17.
 20. Виноград Н. Романов Ніколай Васильєвич / Н. Виноград, О. Луцик // 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. 249-250.
 21. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Тришкова Лія Олексіївна]. – С. 250.
 22. 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: [Мельник Льонгін (Леонтій)]. – С. 127.
 23. 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: [Вержиківський Казимир Вацлавович]. – С. 252.

Ю.М. ПАНИШКО, А.Л. ВАСИЛЬЧУК
ОЛЕКСАНДР ГАВРИЛОВИЧ ГУРВИЧ

До 140-річчя від дня народження



Олександр Гаврилович Гурвич народився 9 жовтня 1874 р. в Полтаві. Після закінчення гімназії поступив на медичний факультет Мюнхенського університету, який закінчив у 1897 р. Після закінчення Мюнхенського університету залишився працювати асистентом у професора К. Купфера, а потім переїхав у Страсбург. В цей час він вже був приват-доцентом і автором низки наукових робіт в галузі гістології, що зробило його ім'я відомим в наукових колах.

До 1905 р. працював у Страсбурзі, Берні. Під час російсько-японської війни був мобілізований до армії і службу проходив як гарнізонний лікар в Полтаві. В 1906-1918 рр. – професор гістології на Вищих жіночих курсах в Петербурзі. В 1919-1924 рр. професор гістології Таврійського університету в Сімферополі, в 1924-1929 рр. – професор гістології медичного факультету І-го Московського університету, в 1930-1945 рр. – завідувач відділу експериментальної біології Всесоюзного інституту експериментальної медицини, в 1945-1948 рр. – директор Інституту експериментальної біології АМН СРСР. О. Гурвич працював в галузі ембріології, гістофізіології, біофізики і теоретичної біології.

У 1912-1922 рр. вчений вперше ввів у ембріологію поняття морфогенетичного (біологічного) поля, пізніше розробляв його теорію з метою пояснити характер та направленість розвитку організму. В дослідках О.В. Гурвіча спостерігався вплив процесу росту клітин кореня однієї цибулини на аналогічну групу клітин іншої цибулини. Відстань між корінцями цибулин дорівнювала 2-3 мм. Вчений дійшов висновку, що “сутність прояву живого проявляється у зв'язках між окремими подіями, які відбуваються синхронно”. В дослідках О. Гурвіча при інтенсивному центрифугуванні яєць жаб, що порушили їх структуру, подальший розвиток організмів відбувався так, як і в контрольній групі з непошкоджених яєць. Адже руйнувалася не “польова матриця”, а лише яйце майбутньої жаби. Все зруйноване було добудовано за взірцем – “ефірною матрицею”.

В ембріології О. Гурвич експериментально розробив важливі теоретичні положення про процеси відновлення (регуляції) яйця після центрифугування, про нормування і детермінацію як важливі модуси розвитку зародку.

Спочатку відкриття О.Г. Гурвіча серйозно не сприймалось. Його навіть критикували. Але з часом встановили спектральні межі такого випромінювання приладами достатньо точно: 190-330 нанометрів, а середню інтенсивність оцінили на рівні 300-1000 фотонів в сек/см².

У 1923 р. О. Гурвич зробив відкриття, яке визнано найбільш видатним в галузі біології. О. Гурвич зареєстрував енергетичне випромінювання клітин людини і вперше сформулював концепцію біологічного поля – біополя. Це біополе виявилось генетичним, в ньому закладена інформація про живу сутність, тому О. Гурвич назвав це біополе “мітогенетичним”. Був зроблений висновок: клітини випромінюють інформацію – кодовані електромагнітні сигнали в ультрафіолетовому діапазоні.

О. Гурвич доказав, що в будь-якому організмі є енергетичний (польовий) та інформаційний “скелет” і що утворення фізичного тіла відбувається за образом його “скелету” або біополя, яке є генеральним планом або проектом, за яким здійснюється створення та розвиток людини.

Джерелом цього поля О. Гурвич вважав процеси синтезу хроматину.

В галузі гістофізіології важливі дослідження О. Гурвича присвячені вивченню причин клітинного поділу та механізму видільної діяльності.

Вчений застосував мітогенетичне випромінювання для аналізу фізико-хімічних станів клітин в нормі та патології. У 1944 р. сформулював теорію біологічного поля з метою пояснення впорядкованості розвитку організмів.

Друкований спадок О.Г. Гурвича складає 150 праць, більшість яких написана німецькою, французькою, англійською мовами. Він також написав низку навчальних керівництв.

У 1941 р. отримав Сталінську премію. Був нагороджений орденом Трудового Червоного Прапора.

Помер 27 липня 1954 р. на 80 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гурвич А.Г. Митогенетическое излучение, физико-химические основы и приложения в биологии и медицине / А.Г. Гурвич, Л.Д. Гурвич. – М., 1945. – 248 с.
2. Залкинд С. Гурвич Александр Гаврилович / С. Залкинд // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.8: Горечи-Десмургия. – 2-е изд. – М.: Большая советская энциклопедия, 1958. – С. 620-621.
3. Белоусов Л.В. Гурвич Александр Гаврилович / Л.В. Белоусов // БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.7: Гоголь-Дебит. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1972. – С. 452.
4. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Гурвич Александр Гаврилович]. – С. 203.
5. Курик М. Людина й ультрафіолет / М. Курик / за ред. В. Козирського. – Київ: Вид-во “Рада”, 2003. – 127 с. – Зі змісту: [Гурвич]. – С. 92.
6. Васильчук А. Функціональна анатомія тонкоматеріальних тіл людини / А. Васильчук. – Львів: Каменяр, 2003. – 415 с. – Зі змісту: [А.Г.Гурвич]. – С. 39.
7. Тихоплав В.Ю. Биополе / В.Ю. Тихоплав, Т.С. Тихоплав // Жизнь напрокат. – Санкт-Петербург: ИД “Весь”, 2004. – С. 62-63.
8. Мизун Ю.В. Биополе человека / Ю.В. Мизун, Ю.Г. Мизун // Гармония души и тела. – М.: Вече, 2005. – С. 4-10.

ОЛЕКСАНДР АБРАМОВИЧ ГРАНДО

До 95-річчя від дня народження



Олександр Абрамович Грандо народився 10 жовтня 1919 р. в м. Могилів-Подільський Вінницької області. З дитинства запам'ятав колективізацію, яка проходила дуже боляче. “Але найважчими і найстрашнішими спогадами залишився голодомор: діти, що позапухали від голоду; люди, які падали знесилені і вже не підіймалися, трупи біля доріг, у кюветах”.

Після закінчення школи вирішив стати лікарем. “В моєму місті були чудові лікарі. Майже всі вони були колись земськими лікарями, тобто універсалами”.

У горезвісному 1937 р. поступив у Київський медичний інститут, який закінчив у 1941 р. З липня 1941 р. і до кінця війни знаходився на посаді старшого полкового лікаря на Південно-Західному, Центральному, Донському, Білоруському фронтах, брав участь в Сталінградській битві. Нагороджений 3-ма бойовими орденами та багатьма медалями.

У 1945 р. О.А. Грандо демобілізувався і почав працювати викладачем військової кафедри Казанського університету, де працював до 1947 р.

У 1948 р. він почав працювати асистентом кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Київського медичного інституту, в 1949-1956 рр. - викладач кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Київського інституту удосконалення лікарів. У 1956-1961 рр. працював у НДІ комунальної гігієни, спочатку старшим науковим співробітником, а потім очолював сектор історії охорони здоров'я. Від 1961 р. знову працює в Київському медичному інституті на посаді доцента кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. У 1968 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Розвиток гігієни та санітарної діяльності в УРСР”. У 1970 р. О.А. Грандо отримав вчене звання професора. В 1972-1990 рр. працював завідувачем кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. Одночасно з викладацькою та науковою діяльністю, починаючи з 1962 р. на громадських засадах він займався створенням музею історії медицини, використовуючи сучасні принципи музейної науки. Провів науково-дослідну роботу із збирання та вивчення історичних джерел, фондів, багатьох архівів, музеїв, наукових бібліотек і зібрав понад 14 тисяч експонатів.

На базі музею 29 жовтня 1982 р. за рішенням МОЗ УРСР був відкритий Музей медицини УРСР, який у 1990 р. перетворений у Центральний музей медицини УРСР, а з 1999 р. – Національний музей медицини України.

У 1983 р. за створення музею медицини УРСР О.А. Грандо був удостоєний Державної премії України в галузі науки і техніки. Завдяки своїй науковій унікальності

та цінним експонатам, музей отримав визнання і став членом Європейської асоціації музеїв історії медичної науки (від 1986 р.).

О.А. Грандо був автором понад 160 наукових праць, в т.ч. 9 монографій, керівництв, навчальних посібників, присвячених різним питанням історії та організації охорони здоров'я, проблемам лікарської етики та медичної деонтології. Достатньо згадати: “Медицина в зеркале истории”, “Путешествие в прошлое медицины”, “Глазами художников” (“Медицина в украинском изобразительном искусстве”), “Медицинская этика”, “Выдающиеся имена в истории украинской медицины”, “Визначні імена у світовій медицині”. О.А. Грандо засновник і головний редактор українського історико-медичного журналу “Агапіт”, почесний голова Українського наукового товариства істориків медицини, почесний член Російського та Болгарського наукових товариств істориків медицини, дійсний член Петровської академії наук і мистецтв (Санкт-Петербург). Вчений був обраний почесним громадянином рідного міста Могилів-Подільського. Помер 17 липня 2004 р. на 85 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александр Абрамович Грандо (К 60-летию со дня рождения) // Сов. здравоохранение. - 1978. - № 12. - С. 66.
2. Олександр Абрамович Грандо // Агапіт. Український історико-медичний журнал. - 2004. - №14-15. - С. 3-4.
3. Олександр Абрамович Грандо // Газета “Високий замок”. - 2004. - №28 (23-29 липня). - С. 6.
4. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів: 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Грандо Олександр Абрамович]. – С. 66.
5. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Грандо Олександр Абрамович]. – С. 233.
6. Медведь В. Диалоги о медицине и жизни / В. Медведь. – К.: Авицена, 2007. – 462 с. – Из содерж.: [Олександр Абрамович Грандо]. – С. 79-94.

ГЕОРГІЙ ГРИГОРОВИЧ КАРАВАНОВ**До 115-річчя від дня народження**

Георгій Григорович Караванов народився 20 жовтня 1899 р. в Харкові в сім'ї земського фельдшера. У 1918 р. після закінчення гімназії поступив на природниче відділення фізико-математичного факультету Харківського університету, але в тому ж році перевівся в Харківський медичний інститут. Навчання в інституті поєднувалося з роботою на посаді санітара, фельдшера залізничної лікарні станції Люботин. У 1925 р. Георгій Григорович закінчив медичний факультет Харківського медичного інституту. у 1926-1927 рр. працював завідувачем сільської амбулаторії, у 1927-1930 рр. – райздоровінспектор, головний лікар і хірург районної лікарні Харківської області. У 1930 р. Г.Г. Караванов зарахований за результатами конкурсу в ординатуру клініки факультетської хірургії Харківського медичного інституту, якою керував проф. В.М. Шамова. Саме на цій кафедрі виявився талант дослідника Георгія Григоровича, проявилася його любов до наукової роботи. “З того часу наука

заволоділа безроздільно всім моїм серцем і не залишала мене до кінця моїх днів” – писав Г.Г. Караванов. Одночасно з роботою в клініці він виконував обов'язки асистента Інституту клінічної медицини. Під керівництвом проф. В.М. Шамова ординатор Г.Г. Караванов почав розробляти різні питання гематології та переливання крові. Результати досліджень були надруковані в 30 працях, що висвітлювали проблеми заготівлі, консервування, переливання крові, вивчалася дія консервованої та трупної фібринолізної крові, особливості дії крові при різних захворюваннях, питання життєздатності еритроцитів консервованої крові. У 1935 р. за сукупністю опублікованих наукових робіт Георгію Григоровичу Караванову присуджений вчений ступінь кандидата медичних наук.

У 1935-1938 рр. Г.Г. Караванов працював старшим науковим співробітником і докторантом Українського інституту експериментальної медицини. В роботі “Результати трансфузії крові” (1937) розглядалися технічні аспекти переливання крові, значення проби на сумісність, ускладнення, небезпека перенесення інфекту з перелитою кров'ю. Проводилася оцінка показань та результатів переливання крові при системних захворюваннях крові, гострій та хронічній кровотраті та інших патологічних станах. У 40 хворих із 731 було використано трупну кров. Поряд з лікувальною роботою Г.Г. Караванов брав участь в організації донорства і популяризації його серед населення, видав брошуру “Переливание крови” (1934). Він опрацював оригінальні пристрої для визначення груп крові, сумісності крові донора та реципієнта, методику взяття проби консервованої крові для бактеріологічного дослідження. Був запропонований метод визначення груп крові, сумісності та інфікованості консервованої крові за реакцією на її внутрішньошкірне введення. Роботи були опубліковані не лише в УРСР, але й у Франції в журналі “Le Sang”. В період роботи в клініці В.М. Шамова вчений Г.Г. Караванов спостерігав за хворими з патологією системи кровотворення. У 1937 р. була опублікована робота “Діагностична цінність прижиттєвого дослідження кісткового мозку при гематопоетичних захворюваннях. Г.Г. Караванов запропонував спеціальну голку-троакар, що давала можливість отримати кістковий мозок для обстеження. Були проведені порівняльні дослідження кісткового мозку та периферичної крові при

захворюваннях кровотворних органів. Встановлені характерні зміни при анеміях, виявлені морфологічні зміни та порушення функціональної діяльності мегакаріоцитів при есенціальній і вторинній тромбоцитопеніях, ідентичність картини кісткового мозку та периферичної крові при лімфатичній та мієлоїдній лейкеміях. Вивчено реакції кісткового мозку при лімфогранульоматозі, хворобі Шенляйн-Геноха, сепсисі, при туберкульозі. Суперечливі результати гомопластичних трансплантацій дали Г.Г. Караванову підставу для вільного пересадження кісткового мозку. Результати досліджень знайшли своє відображення в докторській дисертації “Материалы к свободной пересадке костного мозга”, яка була захищена у 1939 р. В 1940 р. Г.Г. Караванов опублікував монографію “Материалы к свободной пересадке костного мозга”. В цій монографії Г.Г. Караванов підкреслював, що біологічні процеси при трансплантаціях проходять за типом імунобіологічних реакцій з виробленням антитіл проти білків трансплантата, тому характер і ступінь реактивності реципієнта залежить від стану трансплантату та особливостей його білків. Дослідження Г.Г. Караванова про доцільність використання трупного кісткового мозку, як біологічно-повноцінної гемопоетичної тканини сприяли опрацюванню методу консервування трупного кісткового мозку глибоким заморожуванням (Г.Г. Глухенька, 1971),

В роки війни Г.Г. Караванов працював начальником відділення евакогоспіталю, в 1942-1943 рр. працював завідувачем хірургічного відділення лікарні м. Шпола Київської області, допомагав партизанам 721-го загону, а також пораненим воякам Червоної Армії. У 1944 р. – Георгій Григорович працював хірургом евакогоспіталів в Харкові та консультантом госпіталів Чернігівської області.

Наказом НКОЗ УРСР від вересня 1944 р. призначений завідувачем кафедри факультетської хірургії Львівського медичного інституту. В 1944-1945 рр. за сумісництвом працював завідувачем кафедри госпітальної хірургії ЛДМІ, у 1944-1946 рр. – головний хірург евакогоспіталів Львівської області. У 1944-1973 рр. Георгій Григорович працював завідувачем кафедри факультетської хірургії ЛДМІ. В 1945-1946 рр. вчений одночасно працював заступником директора з наукової роботи Львівського інституту переливання крові та невідкладної хірургії.

У 1946 р. Г.Г. Караванов отримав вчене звання професора і почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки УРСР”. У 1948 р. Г.Г. Караванов був обраний депутатом Львівської міської ради депутатів трудящих другого скликання. В 1973-1982 рр. Г.Г. Караванов був професором кафедр хірургії ФПДО та факультетської хірургії. Під його керівництвом виконано і захищено 12 докторських і 52 кандидатські дисертації. Багато із його учнів стали професорами, завідували й завідують кафедрами та хірургічними відділеннями лікарень у різних містах.

Перу проф. Г.г. караванова належить понад 300 наукових праць з актуальних проблем клінічної і експериментальної хірургії, історії хірургії, хірургічної деонтології, індивідуально-психологічних особливостей особистості хірурга, методичних аспектів викладання хірургії.

Георгій Григорович уперше в Західній Україні започаткував такі важливі розділи клінічної медицини, як хірургія серця і судин, зокрема перикардитів, поранень серця, клапанних стенозів, хірургія судин артеріальних і артеріовенозних аневризм, тромбофлебітів і їх наслідків; хірургія легень і середостіння; хірургічне лікування

лімфедими і слоновості кінцівок; хірургія печінки, жовчних проток, підшлункової залози, портальної гіпертензії; езофагопластика; нові модифікації резекції шлунка, ваготомії, органозберігальні операції при виразковій хворобі; патогенез і лікування демпінг-синдрому, реконструктивні операції "при пострезекційному і постхолецистектомічному синдромах; хірургічне лікування захворювань щитоподібної і прищитоподібних залоз, хірургія надниркових залоз, вірилізуючих синдромів і безпліддя яєчникового генезу, інсуліном; застосування кортикостероїдів у хірургічній клініці; проблеми герніології, колопроктології, урології, нейрохірургії; геронтологічна хірургія, хірургія ускладнень діабету, бариатрична хірургія; актуальні проблеми анестезіології і реанімації тощо. Над розв'язанням цих проблем продовжують працювати численні учні проф. Г.Г. Караванова.

За ініціативою георгія григоровича в клініці виконано перші панкреатодуоденальної резекції при раку головки підшлункової залози, панкреатосюноанастомози при хронічному індуративному панкреатиті, цистогastro- і цистосюноанастомози при псевдокістах підшлункової залози.

За життя Георгія Григоровича в центрі уваги лікарів клініки, була проблема – "цукровий діабет і хірургія". Одночасно з дослідженнями численних аспектів цієї проблеми, зокрема, і діабетичних ангіопатій, діабетичної стопи. Широкий резонанс отримали дослідження, присвячені інтрапортальній трансплантації хворим на цукровий діабет, культур β-клітин острівців підшлункової залози людських плодів.

Логічним продовженням цих наукових досліджень у клініці був започаткований і розвивається новий напрямок наукових досліджень - ембріонально-тканинна алопластика (алотрансплантація) у хірургії ран, які довго не загоюються, в'яло епітелізують при значних дефектах шкіри, а також при порушенні консолідації кісткових переломів.

Найактуальнішою для Прикарпаття залишається патологія щитоподібної залози. У клініці детально вивчаються проблеми раку щитоподібної залози.

Продовжують розвиватися, розпочаті ще при житті проф. Г.Г. Караванова, дослідження патології прищитоподібних залоз, причому не тільки класичної хвороби Реклінгаузена, але і патології шлунка, кишок і нирок, зумовленої порушеннями функції прищитоподібних залоз і кальцієвого обміну. Причому при аденомах прищитоподібних залоз започатковано малоінвазійні операції під контролем інкреції паратгормону.

Упродовж 50 років у клініці розвивається хірургія надниркових залоз, переважно їх пухлин – глюкостером, андростером, альдостером; кортикостером, феохромоцитом, мішаних пухлин, інциденталом. Досвід клініки ґрунтується на спостереженнях понад 1000 оперованих хворих. Новою за останні роки є адреналектомія, виконувана в клініці лапароскопічною технікою.

Подальше збагачення отримала започаткована при житті проф. Г.Г. Караванова хірургія тонкої, товстої, прямої кишок. У клініці виконано перші успішні лапароскопічні радикальні операції при пухлинах товстої кишки. Колектив колопроктологічного відділення клініки вдосконалює операції при раку прямої кишки, зокрема сфінктерозберігальні.

Інтенсивно і плідно працює обласне наукове товариство хірургів, яке 65 років тому (12 грудня 1944) заснував проф. Г.Г. Караванов і до кінця життя – 38 років очолював

його як голова товариства. Згідно зі заповітом Георгія Григоровича, його учні беруть участь практично в усіх наукових конференціях, симпозиумах, пленумах і з'їздах хірургів, гастроентерологів, ендокринологів, трансплантологів, анестезіологів та ін., як в Україні, так і за кордоном, самі виступають їх організаторами.

У 1971 р. Г.Г. Караванов був обраний головою XII з'їзду хірургів урспр, почесним головою правління республіканського наукового товариства хірургів. У 1974 р. Він на XXIX Всесоюзному з'їзді хірургів був обраний членом Всесоюзного наукового товариства хірургів.

Г.Г. Караванов нагороджений медалями СРСР. 2 січня 1982 р. вчений помер на 83 році життя.

Пам'ять про Вчителя свято зберігається в наших серцях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Спектор Ф.А. К 60-летию профессора Георгия Григоровича Караванова / Ф.А. Спектор, М.П. Павловский, О.В. Фильц // Новый хирургический архив. – 1959. – №6. – с. 126-127.
2. Шапиро И.Я. Очерки по истории Львовского медицинского института / И.Я. Шапиро. – Львов: ЛГМИ, 1959. – С. 182-184.
3. Основні напрямки в розвитку діяльності Львівського медичного інституту: короткий зміст доповідей наукової конференції (3-4 лютого 1966 р. – Львів : ЛДМІ, 1966. – С. 127-133.
4. Учені вузів Української РСР. – Київ, КДУ, 1968. – С. 192-193.
5. Караванов Г.Г. [О нем. Юбилей] // Клиническая хирургия. – 1974. – №4. – С. 78-80.
6. УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.5: Кантата-Кулики. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1980. – 568 с. – Зі змісту: [Караванов Георгій Григорович]. – с. 17.
7. Георгий Григорович Караванов (К 80-летию со дня рождения) // Хирургия. – 1980. – №2. – С. 111-112.
8. Памяти Георгия Григоровича Караванова // Клиническая хирургия. – 1982. – №2. – С. 76-77.
9. Львівський державний медичний інституту / за ред. М. Павловського, І. Даценко, Л. Петрух. – Львів: Словник, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Караванов Георгій]. – С. 13, 149, 150, 154, 215.
10. Лупій Г. Личаківський цвинтар. – Львів: Каменярь, 1996. – С. 225.
11. Романюк П.З. Зцілення задля вічності / П. Романюк // Молода Галичина, 1999. – 11 грудня. – С. 3.
12. Павловський М.П. Слово про Вчителя (До 100-річчя від дня народження проф. Г.Г. Караванова) / М.П. Павловський // Acta Medica Leopoliensia. – 1999. – Vol.5. – №4. – С. 77-82.
13. Орел В.Г. Внесок Г.Г. Караванова в розвиток переливання крові та трансплантації кісткового мозку / В.Г. Орел // Acta Medica Leopoliensia. – 1999. – Vol.5. – №4. – С. 83-86.
14. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів: 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Георгій Григорович Караванов]. – С. 272.
15. Павловський М.П. Слово про Вчителя (До 105-річчя від дня народження професора Г.Г. Караванова) / М.П. Павловський // Acta Medica Leopoliensia. – 2005. – №2. – С. 7-12.
16. Павловський М. Караванов Георгій Григорович / М. Павловський // 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. 120-121.
17. 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: [Г.Г. Караванов]. – С.84.
 18. Павловський М.П. Слово про Вчителя (До 110-річчя від дня народження професора Г.Г. Караванова) / М.П. Павловський // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. – Л.: [б.в.], 2009. – Вип. 42. – С. 49-51.
 19. Павловський М. Караванов Георгій Григорович / 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. 140.
 20. Панишко Ю.М. Михайло Васильович Даниленко та його клінічне оточення (1964-1999) / Ю.М. Панишко. – Львів: Сполом, 2011. – 216 с. – Зі змісту: [Г.Г. Караванов]. – С. 36,39,121,122.
 21. Павловський М.П. Караванов Георгій Григорович / М.П. Павловський, Ю.Г. Орел / ЕСУ / гол. ред. І. Дзюба. – Т. 12: Кал – Киї – Київ, 2012. – Зі змісту: [Караванов Георгій Григорович]. – С.200.
 22. Ганіткевич Я. Український медичний календар на 2014 р. / Я. Ганіткевич. – К, 2013. – 84 с. – Зі змісту: [Георгій Григорович Караванов]. – С. 38.
 23. Ковальчук Л.Я. Ендокринна хірургія в Західній Україні в другій половині ХХ та на початку ХХІ ст. / Л.Я. Ковальчук, С.Й. Рибаків, В.О. Шидловський // Шпитальна хірургія. – 2014. – №1. – С. 109-110.

Хроніка жовтня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

1 жовтня – 100 років від дня народження **Хамао Умедзава**, японського хіміка і мікробіолога. У 1937 р. закінчив Токійський університет. У 1947-1978 рр. працював у Національному інституті здоров'я, одночасно – науковий керівник Інституту мікробіологічної хімії (від 1967) і професор Токійського університету (1954-1975). Основні роботи присвячені дослідженню антибіотиків. В роки II світової війни вивчав можливість промислового виробництва пеніциліну та стрептоміцину. Відкрив близько 70 антибіотиків. Найбільш відомим є канаміцин (1957) та касугаміцин (1962). Був піонером у створенні протиракових антибіотиків. У 1953 р. встановив протиракову активність деяких продуктів мікробіологічного синтезу. Від 1969 р. член Японської АН. Від 1980 р. – Президент Японського хімічного товариства. Помер у 1986 р.

2 жовтня – 115 років від дня народження **Юди Герша Квостела**, англійського біохіміка. Народився в Шеффілді. У 1921 р. закінчив Лондонський і в 1924 р. Кембриджський університети. Від 1924 р. працював у Кембриджському університеті. В 1929-1941 рр. – директор госпіталю, в 1941-1947 рр. – керівник секції метаболізму. В 1947-1966 рр. – професор біохімії Монреальського університету. Від 1966 р. – професор кафедри нейрохімії і біохімії університету Британської Колумбії в Канаді. Наукові роботи присвячені проблемам нейрохімії. Вивчав інгібітори обміну речовин. Досліджував хімізм обміну в мозку різних людей. Розпрацював нові методи біохімічних та медичних досліджень. Один із засновників нейрохімії. Був членом Нью-Йоркської АН та низки інших АН, наукових товариств, почесний доктор багатьох університетів. У 1955 р. отримав Золоту медаль ім. Л. Пастера Французького біохімічного товариства.

3 жовтня – 110 років від дня народження **Чарлза Джона Педерсена**, американського хіміка. Народився в корейському місті Пусан. Батько був норвежцем, мати – японкою. У 1922 р. емігрував до США. Ч. Педерсен закінчив університет Дейтона (Огайо), а потім Массачусетський технологічний інститут (1927) і отримав ступінь магістра з хімії. Від 1927 р. він пропрацював 42 роки хіміком-дослідником фірми “Дюпон” в Уілмінгтоні (шт. Делавер). Основний напрямок досліджень – органічний синтез. У 1962 р. отримав перший макроциклічний ефір із сімейства комплексоутворюючих (із солями лужних металів) сполук, що отримали назву краун-ефірами (1967). Отримав низку краун-ефірів, в яких гетероатоми кисню заміщені атомами сірки.

У 1987 р. **Д. Крам, Ж. М. Лен та Ч. Педерсен отримали Нобелівську премію “за дослідження і використання молекул із структурно специфічними взаємодіями високої вибірковості”**.

Ч. Педерсен отримав премію на 84 році життя і став одним із найстарших лауреатів у цій категорії. Він був одним із небагатьох Нобелівських лауреатів без вищого наукового ступеню. Помер 26 жовтня 1989 р. на 86 році життя.

5 жовтня – 135 років від дня народження **Френсіса Пейтона Роуса**, американського патолога. Після закінчення безкоштовної державної школи в Балтиморі вступив до коледжу після здобуття стипендії від Університету Дж. Гопкінса. У 1900 р. дістав диплом бакалавра і вступив до медичної школи цього університету. У 1905 р. Ф. Роус вступив до інтернатури Університету Дж. Гопкінса. Заняття практичною медициною його не задовольняло і він вирішив стати асистентом кафедри патології в Мічиганському університеті. У 1907 р. вивчав у Дрездені патологічну анатомію і після повернення у США почав працювати у

Рокфеллерівському інституту медичних досліджень. У 1920 р. Ф. Роус став штатним викладачем. Ще у 1909 р. він діагностував у курки пухлину із сполучної тканини – саркому. Із пухлини зробив безклітинні екстракти в сольовому розчині і ввів їх іншим куркам, у яких з часом виникла саркома. За допомогою подібних методів передачі пухлин куркам кількох поколінь було зроблено припущення, що причиною утворення пухлин є вірус. На це припущення вчені не відгукнулися. Через багато років цю пухлину почали називати саркомою Роуса, а гіпотетичний фактор – вірус саркоми Роуса, який був ідентифікований в 40-х роках шляхом електронної мікроскопії. На початку 30-х років група Роуса почала експериментально досліджувати рак: викликали переродження папілом дією кам'яновугільного дьогтю.

У 1966 р. Ф. Роус, Ч. Хаггінс отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття онкогенних вірусів”

За життя Ф. Роус отримав багато нагород міжнародних академій, навчальних закладів, наукових товариств, був обраний до низки академій, наукових товариств. Через 3 роки після отримання премії 16 лютого 1970 р. помер від раку шлунка на 91 році життя.

7 жовтня – 75 років від дня народження **Харольда Уолтера Крото**, англійського хіміка. Народився в Бісбече. Його батьки народилися в Берліні, але емігрували у Великобританію в 30-х роках, оскільки батько був євреєм. В школі у Харольда з'явився інтерес до хімії, фізики, математики. Вступив в університет Шеффільда на хімічний факультет. У 1961 р. він отримав науковий ступінь бакалавра наук з хімії Шеффільдського університету, а в 1964 р. отримав звання доктора філософії. Це дослідження включало високоточний електронний спектр вільних радикалів, що утворилися імпульсним фотолізом. Після постдокторатури в Національній науково-дослідній раді Канади та Bell Labs в США Х. Крото почав викладати в університеті Сассекса (Англія), а в 1991-2007 рр. – був професором Королівського наукового товариства. Вчений розпочав дослідницьку програму, що передбачала пошук вуглецевих ланцюгів у міжзоряному середовищі. Ранішні дослідження виявили молекулу ціаноацетилену: $\text{H} - \text{C} \equiv \text{C} - \text{C} \equiv \text{N}$.

В 1975-1979 рр. група дослідників Х. Крото спектральним методом знайшла існування довгих молекул, а саме, ціанобутадиїну: $\text{H} - \text{C} \equiv \text{C} - \text{C} \equiv \text{C} - \text{C} \equiv \text{N}$. Виявилось, що подібною темою займалися вчені Роберт Кьорл та Річард Смоллі в університеті Райса в Техасі. Вчені об'єднали зусилля і у вересні 1985 р. доказали, що вуглецеві зірки можуть утворювати вуглецеві ланцюги і утворювати молекули виду C_{60} .

У 1995 р. Х. Крото став одним із засновників британської благодійницької просвітницької організації “Vega Science Trust” з метою створення фільмів, що популяризують науку. Vega створила близько 300 програм, з яких 50 транслювала BBC.

У 1996 р. Р. Кьорл, Р. Смоллі, Х. Крото поділили Нобелівську премію з хімії “за відкриття фуллеренів”.

У 2002-2004 рр. Х. Крото був президентом Королівського хімічного товариства. Від 2004 р. вчений займав посаду професора Francis Eppes на хімічному факультеті Університету штату Флорида і проводив дослідження в галузі нанонауки і нанотехнологій.

10 жовтня – 140 років від дня народження **Густава Ембдена**, німецького біохіміка. Навчався в Мюнхенському, Фрейбурзькому, Берлінському, Страсбурзькому університетах. Працював у фізіологічному інституті, у 1907 р. організував і очолив фізико-хімічний інститут у Франкфурті-на-Майні. Професор і ректор університету у Франкфурті-на-Майні. Вивчав обмін вуглеводів і механізми м'язового скорочення. Розробив новий перфузійний метод, що встановив роль печінки в процесах обміну. Запропонував схему анаеробного ферментативного розщеплення вуглеводів, яка внесла ясність у проблему вивчення хімізму розпаду вуглеводів у процесах гліколізу і бродіння. Помер 25 липня 1933 р. на 59 році життя.

13 жовтня – 180 років від дня народження **Анатолія Петровича Богданова**, російського антрополога, зоолога. Народився в Нижньолевіцькому повіті Воронежської губернії. Середню освіту отримав у Воронежській гімназії із срібною медаллю у 1851 р. Вступив на фізико-математичний факультет Московського університету. В 1855 р. закінчив курс кандидатом і отримав срібну медаль за твір з геології. У 1856 р. витримав магістерські іспити і в 1856-1857 рр. працював викладачем землеробної школи Імператорського товариства сільського господарства. У 1857 р. – закордонне відрядження. У 1858 р. А.Л. Богданов захистив дисертацію на ступінь магістра зоології і був призначений на посаду в.о. ад'юнкта на кафедрі зоології Московського університету. У 1859 р. відрядження в Берлін, Лейден, Брюссель, Лондон, Париж для ознайомлення із зоологічними садами та музеями. У 1860 р. затверджений на посаді ад'юнкта. У 1863 р. – в.о. екстраординарного професора. Від 1867 р. – професор зоології та директор Зоологічного музею Московського університету. Одночасно (від 1872 р.) керував відділом прикладної зоології в Московському музеї прикладних знань і очолював Комітет шовківництва. Наукові роботи присвячені антропології та зоології. Один з перших істориків російської зоології. Прилучився до розвитку в Росії перших антропологічних наукових товариств. Від 1864 р. засновник і президент Товариства любителів природознавства, антропології етнографії, президент товариства акліматизації тварин і рослин (1867). Від 1870 р. – член-кореспондент Петербурзької АН. Помер 28 березня 1896 р. на 62 році життя.

18 жовтня – 215 років від дня народження **Крістіана Фрідріха Шьонбейна**, німецького хіміка. У 1819-1822 рр. навчався в Тюбінгенському, Ерлангенському університетах. У 1823-1825 рр. викладав хімію в Фрідріх-Фробель інституті. В 1826-1827 рр. відвідав Англію та Францію. Від 1828 р. працював у Базельському університеті. Від 1835 р. – професор.

Основний напрямок наукових досліджень – вивчення каталітичної активності реагентів. У 1840 р. відкрив озон. У 1846 р. отримав нітроцелюлозу, виготовив колодій. Висунув положення, що кожна хімічна реакція є сумою послідовних процесів. У 1844 р. опублікував працю “Вклад у фізичну хімію”. Вивчав каталітичну дію різних металів, їх оксидів і пероксидів. Досліджував деякі природні процеси – тління, бродіння, гниття. Помер 29 серпня 1868 р. на 69 році життя.

26 жовтня – 140 років від дня народження **Томаса Мартина Лоурі**, англійського хіміка. У 1889 р. закінчив Центральний технічний коледж в Лондоні. У 1896-1913 рр. працював асистентом Г.Е. Армстронга і одночасно з 1904 р. викладав у Вестмінстерському педагогічному інституті. Від 1913 р. – професор однієї з медичних шкіл в Лондоні, від 1920 р. – професор Кембриджського університету. Основні наукові роботи присвячені вивченню оптичної активності органічних сполук. Розпрацював методи поляриметрії. Один із авторів протеолітичної теорії кислотно-лужної рівноваги, відповідно до якої всяка кислота є донор протона. У 1928-1930 рр. був Президентом Фарадеевського товариства. Помер 2 вересня 1936 р., проживши майже 62 роки.

27 жовтня – 165 років від дня народження **Мечислава Вонсовича (Дуніна-Вонсовича)**, польського лікаря-фармаколога. Народився в Добромилі (тепер Львівська область). У 1869 р. закінчив гімназію у Львові і працював помічником аптекаря, у 1875 р. закінчив фармацевтичне відділення Фрайбурзького університету. Магістр фармації. У 1876 р. закінчив філософський факультет Львівського університету. У 1876-1877 рр. працював в Інституті фармакогнозії (м. Страсбург). У 1877 р. отримав звання доктора філософії. У 1877-1878 рр. – асистент кафедри хімії Львівського університету. У 1878-1879 рр. – асистент кафедри хімії Фрайбурзького університету. У 1879 р. отримав вчене звання доцента. У 1879-1900 рр. – доцент кафедри товарознавства Львівської політехніки, у 1888-1891 рр. – доцент фармакогнозії Львівського університету, у 1880 р. – габілітований доктор з фармакогнозії, водночас з 1879 р. в.о. міського хіміка. У 1887 р. заснував міську хімічну лабораторію. Наукові інтереси пов'язані з фармакологією, лікарськими рослинами, дослідженням хімічного складу водних ресурсів

Львівщини (питної та мінеральної води). Автор близько 20 праць. У 1877-1883 рр. редагував журнал “Czasopismo T-wa aptekar.”, почесний член Варшавського, Галицького аптекарського товариства, член Польського товариства натуралістів ім. М. Коперника, член Комісії фізіологів ПАН. Помер у 1913 р. на 64 році життя.

27 жовтня – 110 років від дня народження **Бориса Львовича Астаурова**, російського біолога. Народився в Москві. У 1927 р. закінчив Московський університет. До 1930 р. працював в Інституті експериментальної біології НКЗ СРСР; в 1930-1935 рр. – в Середньоазіатському НДІ шовківництва і шовкознавства в Ташкенті; у 1935-1947 рр. – в Інституті цитології, гістології та ембріології АН СРСР, в 1947-1967 рр. – в Інституті морфології тварин АН СРСР. У 1966 р. обраний академіком АН СРСР. У 1967-1974 рр. був директором Інституту біології розвитку АН СРСР. Наукові дослідження присвячені теоретичним і практичним питанням розвитку і спадковості тутового шовкопряда. Розпрацював методи отримання повного (термічного) партеногенезу і повного міжвидового андрогенезу, що дозволило створити ядерно-цитоплазматичні гібриди. Вирішив проблему регуляції статі у тварин і експериментально створив поліплоїдні лінії тутового шовкопряда, здатні до нормального статевого відтворення. Засновник і головний редактор (від 1970) журналу “Онтогенез”. У 1966-1972 рр. – Президент Всесоюзного товариства генетиків і селекціонерів ім. М.І. Вавилова. Помер 21 червня 1974 р. на 70 році життя.

28 жовтня – 100 років від дня народження **Річарда Лоуренса Міллінгтона Сінга**, англійського біохіміка. Народився в Ліверпулі. Мріяв вивчати класичні мови та літературу в Трінті-коледжі Кембриджського університету, але під впливом свого дядька вибрав біохімію і поступив у 1933 р. в Трінті-коледж. У 1936 р. отримав додаткову стипендію і продовжив навчання в Кембриджській біохімічній лабораторії. Досліджував глікопротеїди і встановив, що ацетильовані амінокислоти мають різну спорідненість до води та хлороформу, але розділити їх не вдавалося. Разом з колегою А. Мартином, що вмів розділяти складні хімічні суміші продовжили роботу над розподілом амінокислот. Суміш, що складається з двох компонентів, які мають різну спорідненість до розчинників та рухаються в протилежних напрямках, розділенням на два потічки. В 1939 р. Сінг переїхав в Лідс, де вже 1 рік знаходився А. Мартин, отримав фінансову підтримку Міжнародного секретаріату вовняної промисловості і продовжив роботу над докторською дисертацією із білкового аналізу. В 1941 р. А. Мартин та Р. Сінг застосували принцип протитечійного розподілу до методу хроматографії колонки із силікагелем, що добре утримував воду, слугував нерухомою фазою, а хлороформ використовувався для рухомої фази. Ця методика отримала назву розподільної хроматографії. Від 1943 р. Р. Сінг почав працювати в Лістеровському інституті в Лондоні. В 1948 р. працював у Роуетському дослідному інституті в Абердині, а в 1967-1976 рр. – в Інституті продуктів харчування в Норвічі. Займався також аналітичною хімією пепсинових антибіотиків грамїцидинової групи. У 1946-1950 рр. здійснив дослідження електрокінетичного ультрафільтрування різних полісахаридів.

У 1952 р. Р. Сінгу та А. Мартину присуджено Нобелівську премію “за розробку розподільної хроматографії”.

Помер 18 серпня 1994 р. в Норвічі на 80 році життя.

29 жовтня – 140 років від дня народження **Юзефа Антонія Марковскі**, польського лікаря. Народився у Львові. У 1900 р. закінчив медичний факультет Львівського університету. У 1900-1902 рр. працював асистентом кафедр загальної і експериментальної патології; у 1902-1905 рр. – асистент нормальної анатомії. У 1905-1907 рр. – стажувався в Неаполі, Трієсті, Інсбруку. Від 1907 р. працював доцентом кафедри нормальної і топографічної анатомії до 1913 р. У 1913 р. отримав вчене звання професора. У 1913-1920 рр. працював завідувачем кафедри нормальної і топографічної анатомії; у 1920 р. – декан медичного факультету

Львівського університету; у 1920-1922 рр. – професор кафедри нормальної анатомії Познанського університету, у 1922-1944 рр. – завідувач кафедри нормальної і топографічної анатомії Львівського університету / медичного інституту / медико-природничих фахових курсів. У 1944 р. виїхав у Польщу. У 1922 р. був обраний дійсним членом АМН Польщі, у 1923 р. йому присвоєно звання почесного професора Познанського університету, у 1930 р. він обраний дійсним членом Краківської АН. Вчений займався дослідженнями анатомії та фізіології ЦНС та серцево-судинної системи, був автором 16 наукових праць, в т.ч. підручника. Підготував 4 професорів. Помер 25 травня 1947 р. на 73 році життя.

29 жовтня – 105 років від дня народження **Ганса Нейрата**, австрійсько-американського біохіміка. Народився у Відні. У 1933 р. закінчив Віденський університет. У 1934-1935 рр. працював у Лондонському університеті, в 1935-1936 рр. на факультеті сільськогосподарської біохімії Міннесотського університету, у 1936-1938 рр. – на кафедрі хімії Корнеллського університету, у 1938-1950 рр. на кафедрі хімії університету шт. Північна Кароліна. Від 1950 р. професор біохімії Вашингтонського університету. Наукові роботи присвячені вивченню структури та функції білків, механізму дії протеолітичних ферментів. Г. Нейрат був членом НАН США, Американської академії мистецтв і наук та багатьох наукових товариств. Помер 12 квітня 2002 р. на 93 році життя.

30 жовтня – 75 років від дня народження **Ліланда Хартвелла**, американського біолога. У 1961 р. закінчив Каліфорнійський технологічний інститут. Спочатку захоплювався фізикою, але враження від відкриття структури ДНК переважило і він захопився біологією. У 1964 р. став доктором філософії в Массачусетському технологічному інституті. У 1965-1968 рр. вчений працював на посаді асистента професора Університету Каліфорнії, а з 1968 р. – професор Університету Вашингтона.

В якості об'єкта дослідження Л. Хартвелл використав пекарські дріжджі. Йому вдалося виділити такі клітини, в яких гени, що контролюють клітинний цикл, легко змінюються. Один із генів, означений як CDC28, контролює перший крок у фазі клітинного циклу, отримав назву стартового. При пошкодженні ДНК клітинний цикл призупиняється. Подібні дослідження проводив Пол Нерс із Королівського фонду досліджень ракових захворювань у Лондоні. Пол Нерс виявив ген CDC2, що регулює різні фази клітинного циклу. Він ідентифікував, клонував та охарактеризував один із ключових регуляторів клітинного циклу. Ним виявився циклін – залежна кіназа (CDK). Водночас дослідник Тімоті Хант відкрив існування спеціальних білків – циклінів, що беруть участь у регуляції функції CDK (cyclin dependent Kinase).

Дослідникам Л. Хартвеллу, П. Нерсу, Т. Ханту вдалося ідентифікувати ключові молекули, які регулюють клітинний цикл у всіх еукаріот, включаючи дріжджі, рослини, тварини, людину.

За свої наукові дослідження Л. Хартвелл був обраний членом НАН США (1987), удостоєний премії Адольфа Слоана (1991), премії Фонду Гарднера (1992), премії Альберта Ласкера Американської асоціації охорони здоров'я (1998).

У 2001 р. Л. Хартвелл, П. Нерс, Т. Хант поділили Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття ключових регуляторів циклу”.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Умэдзава Хамао]. – С. 443.
2. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Квостэл Юда Герш]. – С. 295.

3. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Педерсен Чарлз]. – С. 339.
4. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Роус (Rous) Пейтон]. – С. 286-288.
5. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Ембден Густав]. – С. 240.
6. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Богданов Анатолий Петрович]. – С.79.
7. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Шёнбейн Кристиан Фридрих]. – С. 502.
8. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Лоури Томас Мартин]. – С. 276.
9. Білінська І. Вонсович (Дунін-Вонсович) Мечислав / І. Білінська // Encyclopedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. – Т.1: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 306.
10. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Астауров Борис Львович]. – С. 30-31.
11. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Синг (Синдж) Ричард Лоуренс Миллингтон]. – С. 408-409.
12. Білінська І. Марковскі Юзеф Антоній / І. Білінська, Ю. Кривко // 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. 179-180.
13. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Нейрат Ганс]. – С.449-450.
14. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Хартвелл (Hartvell) Ліланд]. – С. 356-357.

РЕНЕ ЛЕРІШ

До 135-річчя від дня народження



Рене Леріш народився 12 жовтня 1879 р. в м. Руан. Його дід був лікарем, батько - адвокатом, обидва дядьки - лікарі, вплив яких на племінника був дуже великим. Медичну освіту Рене отримав у Ліоні. Після закінчення медичного факультету працював експертом у відділенні проф. А. Понсе (1849-1913), завідувача кафедри хірургічної клініки в Ліоні. Через деякий час в цій клініці почав працювати Алексіс Каррель - майбутній творець артеріальної хірургії, який за спогадами Р. Леріша, привчав його до спостережливості в медичній роботі. Докторська дисертація була присвячена темі хірургічного лікування раку шлунка (1906), а через 3 роки Р. Леріш разом з А. Понсе надрукували 2 томи праць про хірургічне лікування туберкульозу. В першу світову війну

Р. Леріш перебував як лікар в армії (1914-1918). Написав роботу "Traitement des fractures" (лікування переломів). Т.1-2, 1916-1917. В цей же час почав вивчати судинні захворювання.

У 1919 р. очолив хірургічне відділення в Ліоні, де пропрацював до 1924 р., коли отримав кафедру клінічної хірургії у Страсбурзькому університеті. Саме тут розквітла його хірургічна діяльність. Упродовж 14 років Р. Леріш завідував кафедрою у Страсбурзі.

У 1937 р. він отримав місце професора на кафедрі експериментальної медицини в Колеж де Франс і кафедру в Ліоні. Кафедра в Колеж де Франс вважалася першою кафедрою у Франції, бо там працював видатний вчений Клод Бернар. У всіх свої працях Р. Леріш проводив свою головну ідею: хвороба це не викривлення нормальних, а виникнення нових фізіологічних співвідношень. У кожному хворобливому процесі Леріша цікавив фізіологічний механізм і можливість вплинути на нього хірургічним втручанням. Бажання обмежити страждання людини зробило Леріша "хірургом болі". Над цією проблемою він працював все життя. Він ставив перед собою питання: що таке біль? шосте почуття? Але це не є фізіологічними поясненнями. це лише спосіб ухилитися від пояснення проблеми. Чому така різниця у відчутті при різних хворобах, чому стільки індивідуальних особливостей в залежності від причин виникнення хвороби, якщо це було виявом однієї чутливості: каузальгія, відчуття печії в ішемічній кінцівці, розриваючі болі, болі як від укусу, при посттравматичних альгіях, гострі блискавичні болі при невралгіях трійчастого нерву? Скільки різних способів, щоби сигналізувати про небезпеку!

Праці Леріша присвячені абдомінальній хірургії, нейрохірургії, ортопедії, ангіохірургії, анестезіології та хірургічній ендокринології.

Йому належать заслуги в розвитку експериментально-фізіологічного напрямку в хірургії, зокрема, в розробці проблеми болю. Р. Леріш запропонував низку хірургічних новацій. Його ім'я носять операції при оклюзіях артерій, облітеруючому ендартеріїті, при посттромбофлебичному синдромі; доступ до прищитоподібних залоз, спосіб резекції шлунка, спосіб лікування варикозних трофічних виразок. Він описав

симптомокомплекс, який спостерігається при хронічних оклюзіях біфуркації черевної аорти та клубових артерій (синдром Леріша).

Засновник і перший президент Європейського товариства серцево-судинних хірургів. Один із творців нового фізіологічного напрямку в хірургії, який вивчав можливість впливати на кожний патологічний процес хірургічним шляхом.

Основні роботи по вивченню наслідків уражень, що проявляються больовим синдромом, вивчення фізіологічних механізмів при хворобливих процесах в різних тканинах. Розпрацював методику блокад і оперативних втручань на симпатичній нервовій системі. За праці по лікуванню інфікованих ран нагороджений медаллю Лістера (1939).

Чудова книга “Філософія хірургії” робить Р. Леріша одним із цікавих мислителів сучасності.

В книзі “Воспоминания о моей минувшей жизни” читачі бачать хірурга іншої епохи, іншого соціального ладу, але відчують Леріша як прогресивного вченого.

Р. Леріш був членом АН Франції, АМН Франції, Хірургічної АН Франції. Він отримав звання доктора Honoris Causa 30 іноземних університетів, був почесним членом низки академій. В момент, коли Рене Леріш виправляв останні коректурні листи книги своїх спогадів 28 грудня 1955 р. він відійшов у Вічність.

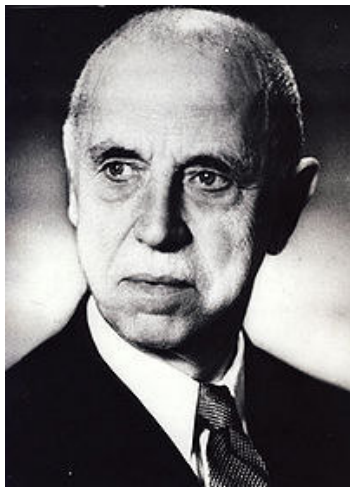
Франція пам'ятає його як вченого, хірурга і “велику Людину”.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шабанов А.Н. Рене Лериш / А.Н. Шабанов // Советская медицина. – 1956. – №8. – С. 85.
2. Плоткин Ф.М. Рене Лериш, его жизнь и творчество / Ф.М. Плоткин // Хирургия. – 1958. – № 1. – С. 140-141.
3. Плоткин Ф.М. Рене Лериш / Ф.М. Плоткин // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.15: Курт-Лимфоциты. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1960. – С. 905.
4. БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.14: Куна-Ломами. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1976. – 600 с. – Из содерж.: [Лериш Рене]. – С. 348.
5. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Леріш Рене]. – С. 181.

КОНСТАНТИН ІОН ПАРХОН

До 140-річчя від дня народження



Константин Іон Пархон народився 28 жовтня 1874 р. в м. Кимпулунг-Мусчеле в сім'ї шкільного вчителя. Закінчив лицей в Плоешті і поступив у Бухарестський університет, де вчився одночасно на 2 факультетах: природознавства та медичному. Завершив навчання у 1898 р. і отримав ступінь доктора медицини. Спочатку працював невропатологом у столиці, а потім переїхав у Ясси, де працював в клініці університету. Перша наукова робота молодого лікаря з'явилася у 1901 р. коли йому було 27 років.

У 1909 р. разом з М. Гольдштейном написав “Трактат про роль залоз внутрішньої секреції в патології”.

У 1912 р. К. Пархона призначили завідувачем кафедри неврології та психіатрії Ясського університету, де він пропрацював понад 20 років і створив велику наукову школу і дослідницький центр з ендокринології, невропатології і психіатрії. В 20-х роках вийшла нова робота К. Пархона (в 3-х томах) з ендокринології.

У 1934 р. К. Пархона перевели в Бухарест і він очолив кафедру ендокринології медичного факультету Бухарестського університету. Упродовж 1935-1940 рр. вийшов трьохтомник праць вченого з ендокринології. У 1938 р. К. Пархон був обраний академіком Румунської АН.

У 1940 р. румунський уряд відсторонив К. Пархона від роботи. Лише після перемоги над фашистами в Румунії 23 серпня 1944 р. створилися умови для проведення дослідницької роботи.

У 1946 р. К. Пархон організував і очолив Ендокринологічний інститут, одночасно виконував обов'язки наукового керівника Інституту геріатрії. Після зречення останнього короля Міхая I від престолу К. Пархон з 30 грудня 1947 р. по 13 квітня 1948 р. виконував функції члена тимчасової Президії Румунії, а з 13 квітня 1948 р. по 12 червня 1952 р. виконував обов'язки Голови Президії Великих Національних зборів Румунії. Наукові інтереси вченого пов'язані з ендокринологією, невропатологією, психіатрією.

К. Пархон приділяв багато уваги вивченню ендемічного зобу та боротьбі з ним, розпрацював питання деонтології ендокринології, синтезу низки ендокринологічних препаратів (тироксин, екстракт плаценти, йодований казеїн, екстракт гормонів яєчника, зобної залози, епіфізу, селезінки. Він займався проблемами біології віку. Дослідження

вченого показали, що старість не є нормальним станом організму, а представляє собою хворобу, що викликана порушенням кровопостачання тканин, органів, в якому велику роль відіграють залози внутрішньої секреції. Він також досліджував значення кожної залози в процесі постаріння; висунув положення про компенсацію дефіциту їх діяльності потужним введенням гормонів. Результати досліджень К. Пархона з колегами були узагальнені в монографії “Старость и её лечение” (1938). Вчений розвинув ідею про можливість керування життєвими процесами упродовж всього життя. Ця ідея послужила фундаментом для створення нової галузі біології – вікової біології. У 1951 р. К. Пархон разом з А. Аслан почав застосовувати новокаїн для лікування старих людей, відмітив покращення багатьох функцій організму. У 1954 р. Президія Великих національних зборів РНР присвоїла йому звання Героя Соціалістичної Праці. К. Пархон був автором понад 1200 наукових праць. У 1947 р. він був обраний іноземним членом-кореспондентом АН СРСР. Вчений був Головою (від 1944 р.) та почесним головою (від 1967 р.) Румунського товариства дружніх зв’язків з СРСР.

Помер К. Пархон 9 серпня 1969 р. в Бухаресті на 95 році життя. Похований в Парку Свободи в Бухаресті. Після революції 1989 р. перепохований на іншому кладовищі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Академик К. Пархон – учёный и общественный деятель // Врачебное дело. – 1960. – №1. – С. 98-99.
2. Лотова Е. Пархон Константин / Е. Лотова // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.23: Панкреатит-Персик. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1961. – С. 387-389.
3. Петров Б.Д. Пархон Константин / Б.Д. Петров // БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.19: Отоми-Пластырь. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1975. – С. 258.
4. УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.8: Олєфіни-Поплін. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1982. – 608 с. – Зі змісту: [Пархон Константин]. – с. 203.
5. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Пархон Константин]. – С. 486.
6. Томашевський Я.І. Дмитро Федорович Чеботарьов. До 105-річчя від дня народження / Я.І. Томашевський, Ю.М. Панишко, Н.І. Новикова // Феномен людини. Здоровий спосіб життя [Текст]: зб. наук. ст. / за ред. доц. Ю.М.Панишка. – Львів, 2013. – Вип. 19. – С. 55-57.

ВИМОГИ

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

Загальні вимоги

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

Вимоги до оформлення статті

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

Технічні вимоги щодо оформлення матеріалів

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

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

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

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

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

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

Наукове видання

ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ

Здоровий спосіб життя

Збірник наукових праць

Випуск 32 (98)

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 6.11.2014

Формат 60*84/8. Папір офсетний

Гарнітура Times New Roman

Друк цифровий.

Ум. друк. арк. 9 . Фіз. друк. арк. 8.37.

Наклад 90 прим..