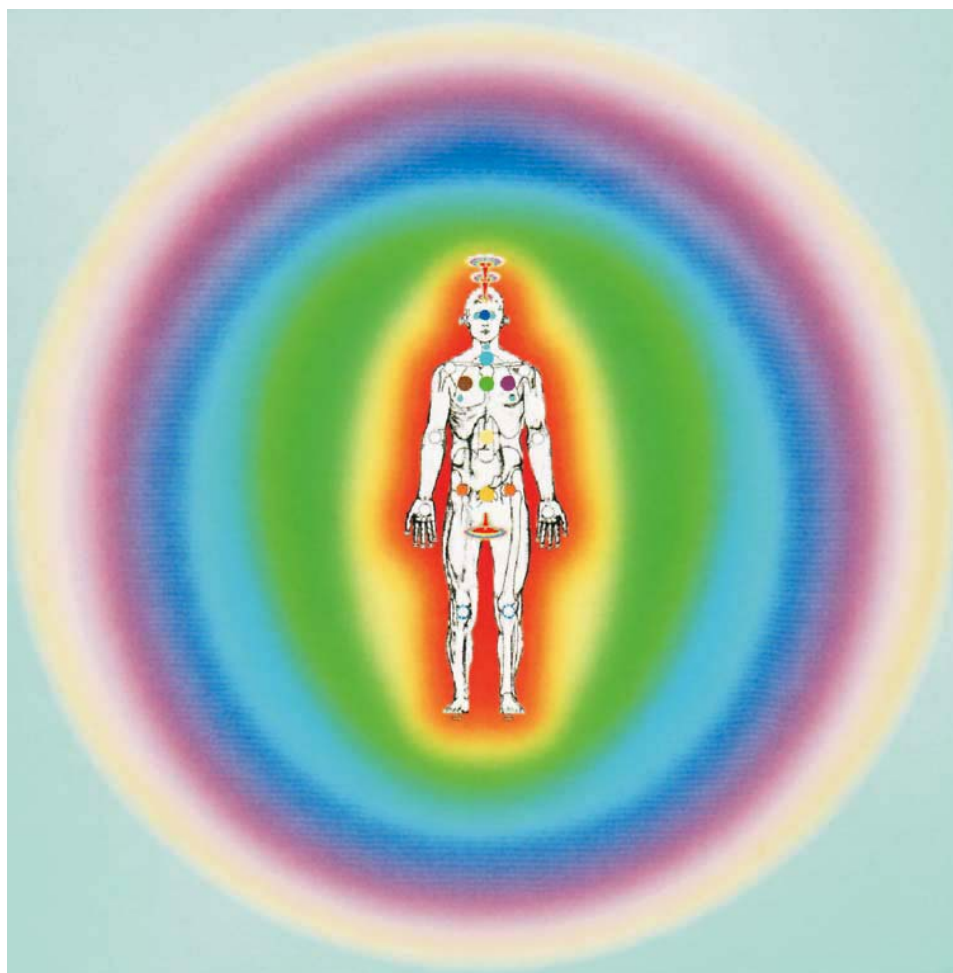


**Західний центр енергоінформаційних наук
Українська Міжнародна академія
профілактичної медицини НТШ**

ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ



**Збірник наукових праць
Випуск 33 (99)**

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. 33. – 64 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
Білинський Б.Т., Шпарик Я.В.	Метастатичний рак з невідомого первинного вогнища ..	5
Васильчук А.Л.	Еніоанатомія світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла людини	11
Матвієнко Ю.О.	Внутрішньочерепний абсцес і супутні інфекційні процеси	23
Томашевський Я.І. , Бумбар О.І., Бумбар З.О.	Оптимізований метод визначення площі поверхні тіла	27
Шевчук Л.Т. ХРОНІКА	Смертність населення України	30
Панишко Ю.М., Фільчагова І.О., Цимбала О.М.	Деякі визначні і пам'ятні дати листопада	37
Редколегія	Поздоровлення ювілярів ЛНМУ імені Данила Галицького	40
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Бумбар О.І., Шевелюк О.В.	Хроніка листопада. Ювілейні дати вітчизняних лікарів та вчених	41
Макар Р.Д., Бумбар О.І., Панишко Ю.М.	Ярема Ілліч Томашевський. До 85-річчя від дня народження	47
Горицький В.М.	Євстахій Володимирович Гоцко. До 85-річчя від дня народження	49
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Тарасов В.В., Пашковська О.Я.	Хроніка листопада. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених	51
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л.	Нестор Максимович Максимівич-Амбодик. До 270-річчя від дня народження	59
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л.	Шек Август Стінберг Круг. До 140-річчя від дня народження	61
Редколегія	Інформаційний матеріал	63

Відомості про авторів

Білинський Борис Тарасович – доктор медичних наук, професор кафедри онкології та медичної радіології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, академік АН ВО України.

Бумбар Зиновія Олегівна – лікар-стоматолог, старший лаборант кафедри терапевтичної стоматології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

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

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

Макар Роман Дмитрович – кандидат медичних наук, доцент кафедри ендокринології та клінічної фармакології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

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

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.

Тарасов Віктор Вікторович – лікар, стоматолог-ортопед вищої кваліфікаційної категорії 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.

Шевчук Любов Теодорівна – доктор економічних наук, професор, проректор з наукової роботи та міжнародних зв'язків Тернопільського інституту соціальних та інформаційних технологій Міністерства освіти і науки України.

Б.Т. БЛИНСЬКИЙ, Я.В. ШПARIK

МЕТАСТАТИЧНИЙ РАК З НЕВІДОМОГО ПЕРВИННОГО ВОГНИЩА

Пухлини невідомої первинної локалізації представляються великою гетерогенною популяцією новоутворів, які первинно проявляють себе метастазами. Більшість з них класифікують як низькодиференційовані неоплазми, високо диференційовані і помірно диференційовані аденокарциноми, плоскоклітинні раки, низькодиференційовані карциноми і низькодиференційовані аденокарциноми. Дискусії піддані методи оцінки вказаних гістологічних структур і шляхи виявлення можливих первинних вогнищ пухлин.

Ключові слова: пухлина, метастази

Опухли неизвестной первичной локализации представляют собой большую гетерогенную популяцию новообразований, при которой клинические проявления начинаются с появления метастазов. Большинство из них классифицируется как слабо дифференцированные неоплазмы, высоко дифференцированные и умеренно дифференцированные аденокарциномы, плоскоклеточные раки, слабо дифференцированные аденокарциномы. Дискутируются методы оценки указанных гистологических структур метастазов и пути обнаружения возможных первичных очагов опухолей.

Ключевые слова: опухоль, метастазы

Cancers of unknown primary site representes a large heterogenous population of tumors which clinical manifestation begins from the meatstasis. The moustly from them are classified as poorly differentiated neoplasms, well- differentiated and moderately-differentiated adenocarcinoma, sguamous cell carcinoma, poorly differentiated carcinoma and poorly differentiated adenocarcinoma. The methods of evaluation of the histological structures of meatstases and detection of the possible primary site of tumor are discussed.

Key words: tumor, metastasis

Клінічні ситуації, де метастази пухлини проявляються раніше первинного вогнища, добре відомі онкологам. Вони складають проблему як в діагностичному, так і в терапевтичному аспекті. Питання недостатньо вивчене, хоча кількість таких хворих визначається в межах 5-10% від загальної кількості онкологічних хворих. (8,9).

Найчисельніша група пацієнтів має метастатичну карциному з невідомою первинною локалізацією. Інші мають двозначні гістологічні діагнози і пухлини, що важко піддаються класифікації, використовуючи загальноприйняті методи світлової мікроскопії.(13) Необхідні спеціальні патологічні дослідження, щоб в'яснити тип пухлини, представлені в конкретному метастазові, що може сприяти і в'ясненню місця первинної пухлини. Надзвичайна гетерогенність клінічних спостережень, гістологічної структури і анамнезів затрудняє системний аналіз цієї проблеми, і тому її вирішення затягується в часі.(9,13) Тільки декілька дослідників виявилися зацікавленими у вивченні цього явища. Ретроспективне вивчення клінічного матеріалу також наштовхується на невиправдані узагальнення, і тому не може репрезентувати проблеми в цілому. (12)

В останній час наступили виражені позитивні зміни в клінічній онкології, зокрема в питанні лікування метастазів.(2) Ряд схем хіміотерапії чи комбінованого променево-медикаментозного лікування виявилися в стані вилікувати окремі метастази, що істотно змінило до цього невтішну картину.(4) Крім того, загальне виживання хворих з метастатичним раком різних локалізацій значно продовжилося. Це відноситься і до пухлини з невідомим первинним вогнищем, бо частина з них виявляється чутливою до проведеного лікування.(12) Діагностичні можливості морфологів значно зросли. Все більше

застосовуються електронна мікроскопія і імуногістохімія з молекулярною генетикою, що робить діагноз пухлин більше точним і достовірним.(3) Все більше стає можливим в'яснити гістологічне походження (при невідомому первинному джерелі) метастатичної пухлини.(11) Все це дало можливість розрізняти значну кількість неопластичних синдромів, що допомагає лікарям краще розуміти біологію процесу і лікувати цих пацієнтів. Тому ряд питань стосовно лікування хворих з невідомою первинною пухлиною підлягає перегляду.(8,9) Хворий з раком невідомої первинної локалізації демонструє симптоми з боку метастазів і діагноз виставляється на основі біопсії тканини з метастазу. Ні анамнез, ні рентгенівське чи лабораторне дослідження не можуть визначити первинну пухлину. На основі світлової мікроскопії роблять висновок про наявність злоякісної пухлини і стараються визначити її приналежність до певної нозологічної одиниці прийнятої класифікації. Це дає можливість назначити більше чи менше виправдане лікування.(2) Серед великої кількості метастатичних раків з невідомою первинною локалізацією зустрічаються такі морфологічні діагнози:

1. слабо диференційована неоплазма;
2. добре диференційована або помірно диференційована аденокарцинома;
3. плоскоклітинна карцинома;
4. слабо диференційована карцинома і слабо диференційована аденокарцинома.(9)

Розглянемо кожну з названих морфологічних різновидностей.

Слабо диференційована неоплазма з невідомої первинної локалізації.

Якщо морфолог впевнений щодо діагнозу «злоякісна пухлина» але не може віддиференціювати приналежність до певних тканинних груп неоплазми (зокрема «рак», лімфома, меланома, саркома), такий випадок позначається як слабо диференційована неоплазма з неясним джерелом походження.(12) Близько 5% усіх пацієнтів з пухлинами з невідомим первинним вогнищем відносяться до цієї групи. Їх кількість буде зменшуватися з розвитком спеціальних методів морфологічного дослідження. Найчастішою пухлиною, для якої можливе застосування ефективного лікування, є Негоджкінська лімфома.(10) В літературі вказується, що серед слабо диференційованих неоплазм при детальному обстеженні 35-65% виявилися власне лімфомами. Більшість з решти пухлин – це раки. Меланома і саркома разом складають 15%.(9) Визначення окремих підвидів слабо диференційованих неоплазм вимагає спеціальних знань і вмій. До них належать забарвлення пухлини імунопероксидазою, електронна мікроскопія і генетичний аналіз. Найчастішою причиною неможливості діагностувати точно вид пухлини світловим мікроскопом є невідповідно забраний біоптат. Тонкоголкува аспірація тканини в цих випадках не підходить, бо гістологічна структура тканини при цьому порушується і можливості провести додаткові дослідження є дуже обмежені. Швидкий і переконливий діагноз можна поставити, отримавши більший біоптат.(13) При виконанні повторної біопсії онколог повинен співпрацювати з патологом, який може вимагати особливої тактики щодо тканини. Ряд пухлин залишаються нерозпізнаними при застосуванні світлової мікроскопії, навіть коли біоптат взятий за усіма правилами. В таких випадках показані додаткові спеціальні методи. Для цього найкраще надається імунопероксидазне забарвлення препарату.(11) Вони можуть включати ензими (простатичну кислоту фосфатазу, нейрон-специфічну енолазу), нормальні тканинні компоненти (кератин, десмін, віметин, нейрофіламенти, загальний лімфоцитарний антиген), гормони і їх рецептори, РЕА, АФП, ХГЛ і інші субстанції.(2) В лабораторній діагностиці появляються все нові антитіла, що

перетворює дану область знань на динамічну дослідну ділянку, самостійно імуногістологічне дослідження не може дати кінцевої відповіді про природу пухлини. Отримані дані треба співставляти зі світловою мікроскопічною картиною і клінікою, включаючи клінічний досвід і мислення лікаря.(4)

Аденокарцинома невідомого походження

Добре диференційована або помірно диференційована аденокарцинома є найчастішим морфологічним діагнозом, отриманим за допомогою світлового мікроскопу у випадку дослідження пухлин з невідомою первинною локалізацією. Такі випадки зустрічаються майже в 60% пухлин, що обговорюються. В типових випадках – це старші люди з множинними метастазами. Клінічні прояви визначаються локалізацією метастазів, найчастіше це печінка, легені, кістки. Первинне вогнище вдається встановити прижиттєво тільки у 15-20%. В 70-80% випадках первинне вогнище знаходять тільки підчас аутопсії. Найчастіше ідентифікують пухлини легень, і підшлункової залози.(24) Частими є і інші органи травного тракту (шлунок, кишки, печінка). Хоч аденокарцинома зустрічається і в багатьох інших органах, скриті пухлини в них є випадкові. Аденокарциноми грудних залоз, простати, яєчників в цій групі хворих зустрічаються рідко.(4,5) Група хворих з метастатичними аденокарциномами неясного первинного походження характеризуються швидкою прогресією, поганим прогнозом і коротким періодом виживання. Багато з цих пацієнтів на момент діагнозу мають множинні метастази і незадовільний загальний стан. Але трапляються винятки: пацієнти із неочікувано добрим прогнозом, яких треба знаходити і окремо обговорювати. Диференціювати вказану групу на основі даних світлової мікроскопії неможливо. На допомогу стають такі методи як забарвлення на PSA (рак простати), імунопероксидазні тести на естрогенні рецептори (рак грудної залози), рецептори (рак грудної залози), визначення нейроендокринного статусу (хромогранін) може вказувати на можливість нейроендокринних пухлин.(12)

Діагноз слабо диференційованих аденокарцином має розглядатися окремо, бо деякі пацієнти цієї групи добре реагують на системну терапію. (9)

Не рекомендується надто настирливий пошук первинного пухлинного вузла, бо його рідко коли знаходять. Тому клінічний розгляд скеровується на підозрілі симптоми, що можуть вияснити розповсюдження метастатичного процесу. Хворі підлягають обстеженню за прийнятими схемами, що в основному не відрізняються від стереотипу.(6) Серед вказаної групи пацієнтів доцільно окремо розглядати жінок з перитонеальним карциноматозом невідомого походження, жінок з аксиллярними метастазами, чоловіків з метастазами в кістки. Щодо першої із згаданих груп хворих – з карциноматозом очеревини, то джерелом його звичайно є яєчник, але часом аналогічну картину створюють аденокарциноми травного тракту або грудної залози. Навіть підчас лапаротомії у деяких хворих з карциноматозом очеревини первинного вогнища не знаходять.(2) Для визначення таких ситуацій введено навіть спеціальні терміни: «multifocal extraovarian serous carcinoma» або «peritoneal papillary serous carcinoma». Описані випадки прекрасних результатів застосованої хіміотерапії (основаної на цисплатині) у таких хворих.(9) У багатьох з подібних хворих визначали підвищений рівень СА-125. Частина з цих пухлин може походити з епітелію очеревини, де також можуть знаходитися клітини, подібні до яєчникових. Що стосується другої групи жінок з метастатичним ураженням аксиллярних вузлів, то найвірогіднішою первинною локалізацією є безумовно грудна залоза.(2,5) Чоловіки з такою клінічною ситуацією зустрічаються рідко. Необхідною діагностичною процедурою в такому випадку є біопсія лімфатичного вузла з наступним визначенням естрогенових і прогестрогенових рецепторів.

При підвищених рівнях вказаних рецепторів логічно думати про рак грудної залози і застосувати відповідне лікування, включаючи хірургічне. Є дані, що до 60% випадків мастектомії в таких ситуаціях дозволили виявити скриті пухлини грудної залози. Якщо крім аксиллярних лімфовузлів маємо ще інші віддаленні метастази, то слід трактувати такий випадок як метастатичний рак грудної залози і діяти згідно з прийнятим алгоритмом.(2,4)

Що стосується чоловіків із скелетними метастазами, то підвищений рівень PSA вказує на необхідність трактувати такі випадки, як метастатичний рак простати.(14)

Плоскоклітинний рак з невідомим первинним джерелом.

Такий діагноз зустрічаємо в 5% випадків усіх метастатичних уражень з невідомим первинним вогнищем. Існують певні синдроми, при яких лікування може бути перспективним.

Плоскоклітинний рак, що поражає шийні і підключичні вузли.

Відомо, що шийні лімфовузли є звичайним місцем метастазування багатьох пухлин. Переважно пацієнти – це чоловіки середнього і старшого віку з наявністю шкідливих звичок в анамнезі (алкоголь, куріння). Першим, що необхідно взяти до уваги, особливо при ураженні верхніх шийних лімфовузлів, це можливість пухлин голови і шиї. Необхідно детально обстежити ротову порожнину, глотку, гортань, верхню частину стравоходу.(7) Бажана пряма ендоскопія з біопсією підозрілої ділянки. Якщо ураженні лімфовузли шиї знаходяться в її нижній частині, то логічніше думати про первинний рак легень, і тому необхідне бронхоскопічне дослідження. Якщо первинне джерело не знайдено, то лікування треба зосередити на патологічних проявах на шиї: радикальна лімфодисекція шиї, променева терапія. Спостереження показують досить високий (до 40%) позитивний ефект лікування. При низькому розташуванні пухлин шиї результати лікування є гіршими, бо звичайно їх джерелом є рак легені, що є прогностично гіршою локалізацією, ніж голова і шия. Тому на позитивний результат тут не можна розраховувати більше, ніж 15%. Роль хіміотерапії є неоднозначною і недостатньо доказаною.(6,7,9)

Плоскоклітинний метастатичний рак в пахвинних лімфатичних вузлах.

Більшість хворих з метастазами плоскоклітинного раку мають явний рак генітальної або аноректальної ділянки.(2) Тому, у випадку виявлення метастатичних пахвинних вузлів, необхідне детальне дослідження жіночих статевих органів; у чоловіків – пальцеве дослідження прямої кишки і аноскопія. При виявленні патологічних змін необхідна біопсія і морфологічне дослідження. У випадках, коли первинного вогнища виявити не вдалося, активна тактика щодо лімфатичних вузлів (хірургічна і променева) може дати тривалу ремісію хвороби.

Плоскоклітинні метастази рака зустрічаються і в інших місцях, зазвичай це метастази скритого раку легені. В такому випадку необхідне прискіпливе обстеження органів грудної порожнини згідно з існуючими алгоритмами і тільки при відсутності патології в легенях допустимо трактувати випадок як метастатичний рак без первинної локалізації.(6) Це ж може відноситися до раку грудної залози, який може давати метастази не в пахвові (що звичайно), а у віддалені пахвинні лімфатичні вузли.

Дуже часто морфологічний діагноз метастатичного раку базується на мінімальних даних, тому у випадку відсутності первинного вогнища необхідна додаткова патоморфологічна оцінка матеріалу із застосуванням імуноморфологічних методик з імунопероксидазою або електронної мікроскопії.(11) Якщо і в цьому випадку не вдається наблизитися до виявлення можливого джерела пухлини, поступають як при терапії слабо диференційованого раку, про що мова була вище.

Хворі з низько диференційованою карциномою або аденокарциномою з неясним первинним вогнищем складають особливу підгрупу з потребою окремого терапевтичного підходу. Вони охоплюють 30% усіх хворих з карциномою неясного походження, біля 20% мають слабо диференційовану аденокарциному. Хіміотерапевтичні програми в минулому часто включали цих хворих поряд з більше розповсюдженим високо диференційованим раком невідомого походження. Усі ці пацієнти в загальному вважалися подібними і вони проявляли слабу чутливість до хіміотерапії і мали короткий період виживання. Ці хіміотерапевтичні протоколи включали медикаменти, які правдоподібно могли бути корисними для паліативної терапії раків травного тракту і грудної залози. Деякі пацієнти з низько диференційованими раками мають нечутливі до хіміотерапії раки, а деяких можна лікувати комбінованою хіміотерапією, що базується на цисплатині. Тому, клінічне і патологічне трактування пухлини стає вузловим для хворих з низько диференційованою карциномою.(4) Клінічна характеристика цієї неоднорідної групи хворих суттєво, відрізняється від такої у пацієнтів з добре диференційованими аденокарциномами. Середній вік у них молодший, хоч вікові межі в обох групах є доволі широкими. Пацієнти з низько диференційованими карциномами вказують здебільшого на швидке наростання симптомів (протягом місяця!) і у них можна об'єктивно виявити швидкий ріст пухлини. Локалізація метастазів у хворих цієї групи є різною, переважно це лімфатичні вузли, середостіння, заочеревинний простір, які спостерігаються частіше, ніж у хворих з високо диференційованою аденокарциномою.(9)

Морфологічний аспект

Світловий мікроскоп не може відповісти на питання про чутливість пухлини до хіміотерапії. Тому необхідні додаткові дослідження з застосуванням імунопероксидазного методу, електронної мікроскопії і генетичного аналізу. Таке дослідження може виділити із групи хворих низько диференційованої карциномою такі діагнози як метастази меланому, лімфоми, рак простати, рак жовтушного мішка.(11)

Діагностичний алгоритм у хворих з недиференційованими метастазами раку невідомого походження є подібним, як у пацієнтів з диференційованими: підкреслюємо важливість анамнезу, загальноклінічного фізикального дослідження – пальпації, перкусії, аускультатії, загальноновживаних лабораторних досліджень, рентген-дослідження грудної клітки. Комп'ютерна томографія грудної і черевної порожнини є також необхідною у всіх згаданих пацієнтів. Необхідно дослідити і ряд доступних маркерів (АФП, ХГЛ та інші). Треба пам'ятати, що рівень КЕА, СА-125, СА 19-9 і СА 15-3 не дають відповіді про чутливість метастазів до хіміотерапії.(12)

Нейроендокринні карциноми з невідомим первинним вогнищем

Електронна мікроскопія низько диференційованих раків може в 10% випадків виявити в протиплазмі клітин нейросекреторні гранули. Такі утвори прийнято називати низько диференційованими пухлинами або примітивними нейроектодермальними. В літературі повідомляється, що в більшості випадків йдеться про високо злоякісні пухлини з множинними метастазами.(10) Найчастіше поражаються лімфатичні вузли, заочеревинний простір і середостіння. Далі дослідження хворих цієї групи (включаючи дані аутопсії) показує, що серед вказаних пацієнтів виявляють таких з карциноїдними пухлинами з низькою диференціацією росту, хворих з дрібноклітинним раком легені, з екстрагонадним зародковоклітинним раком, пухлинами голови і шиї, слинних залоз, стравоходу, сечового міхура. В рідких випадках зустрічаються пацієнти з метастатичними типовими карциноїдними пухлинами з невідомого первинного вогнища. Звичайно це множинні

метастази в печінку зі скритого первинного вогнища в тонкій або прямій кишці. У таких хворих можна знайти додаткові метастази в кістки чи легені. Часто первинна пухлина не проявляється до кінця життя чи періоду спостереження. В окремих рідких випадках у хворих виявляють типовий карциноїдний метастаз з невідомого первинного вогнища. Найчастіше це множинні метастази в печінку зі скритим первинним кишковим тумором, звичайно локалізованим в прямій або тонкій кишці. Ці хворі повинні бути трактовані аналогічно з тими, у кого первинне вогнище відоме. У випадках, коли наявне солітарне ураження лімфатичного вузла, кістки, печінки, легені чи іншого органу, показане агресивне локальне лікування (резекція або радіаційна терапія), що виправдається можливим тривалим продовженням життя. Коли гістологічно пухлина слабо диференційована, більше доцільно застосувати хіміотерапію, основу на цистплатині. Більшість цих пацієнтів з типовими карциноїдами (добре диференційованими) мають безсимптомні пухлини і рецидиви через декілька років. Первинна пухлина у багатьох пацієнтів так ніколи і не проявляється. Все ж бронхи і травний тракт найчастіше є місцем знаходження первинного карциноїда.

Зародкові пухлини з метастазами різної гістологічної будови

Часом у хворих зародково-клітинними пухлинами, особливо розташованими екстрагонадно, виявляють метастази, що складаються виключно з соматичних пухлинних клітин. Це можуть бути тканини з нейроендокринною частиною чи саркоматозною диференціацією. Таких хворих треба трактувати як пацієнтів з нейроендокринними пухлинами чи саркомами. Такий діагноз поставити важко. Підозра може спиратися на підвищений рівень АФП і ХГЛ. При цьому можлива наявність метастазів в середостінні, ретроперитоніальному просторі або яечку. Хромосомний аналіз може показати специфічні зміни в 12-й хромосомі. Такі пацієнти мають гірший прогноз, ніж інші з типовими зародковоклітинними пухлинами, тому що соматичноклітинні метастази є звичайно стійки до медикаментозного лікування.

Оцінюючи практичне значення вивчення проблеми метастатичного рака з невідомого первинного вогнища, усвідомлюємо, що найважливішим завданням є вибрати серед цієї гетерогенної групи пацієнтів тих, які мають перспективу успішного медикаментозного лікування. Такі хворі можуть бути виявлені на основі клінічних і морфологічних даних. Тільки терапевтичні спроби можуть дати достовірну відповідь в кожному конкретному випадку. Нажаль залишається велика група хворих, у яких хіміотерапія залишається безперспективною. Покращення ситуації зв'язано з успіхами в лікуванні недрібноклітинного раку легені, раку підшлункової залози і інших пухлин травного тракту, що на сьогодні не мають достатньо ефективної хіміотерапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ред.: И.Б.Щепотин, Г.В.Бондарь, «Алгоритмы современной онкологии» В.Л.Ганул. Київ. 204с.
2. Б.Т.Білінський, Ю.М.Стернюк, «Онкологія». Київ «Здоров'я». 2004. 527с. Я.В.Шпарик
3. Б.Т.Білінський, Я.В.Шпарик «Сучасні проблеми медикаментозної терапії раку грудної залози». Львів. Галицька видавнича спілка. 2001. 156с.
4. Б.Т.Білінський «Медичні помилки в онкології». Львів. 2013. «Афіша» 327с.
5. С.М. Слинчак, А.И.Миляновский, «Онкология». И.А.Клименко Київ. Вища школа. 1989. 397с.

6. Ред.: Г.П.Олійниченка, О.В.Войтка «Стандарти діагностики та лікування Хворих на злоякісні новоутворення основних локалізацій». Київ. 2003. 72с.
7. Мін.ОЗУ 17.09.2007 «Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих».
8. Я.В.Шпарик «Метастази пухлин невідомого походження». Народне здоров'я. Львів. Червень 1992. с.2
9. F.A.Greco, J.H.Hainsworth Cancer of unknown primary site. В кн. V.T.Devita, S.Hellman, S.A.Rosenberg, Ed. Philadelphia. 1993. p. 2072-2091.
10. Horning S.J., Carrier E.K., Lymphomas presenting as histologically Rouse R.V. unclassified neoplasms. Characteristics and response to treatment. J.Clin. Oncol. 1980, 7. 1281-1287.
11. Battifora H., Trowbridge I.S. A monoclonal antibody useful for the differential diagnosis between malignant lymphoma and nonhematopoietic neoplasms. Cancer. 1983. 51, 816-821
12. Schildi R.A., Kennedy P.S., Management of patients with metastatic Chen T.T. etal adenocarcinoma of unknown origin. A Southwest Oncology Group study: Cancer Treat Rep. 1983, 67, 77-79.
13. Nystrom J.S., Weiner J.M. et al. Metastatic and hystologic presentations in Unknown primary cancer. Semin. Oncol. 1977, 4,53-58.
14. Tell D.T., Khoury J.M., Taylor H.G. Atypical metastasis from prostate cancer. Clinical utility of the immunoperoxidase technigue for PSA. Jama 1985, 253, 3574-3575.

А.Л. ВАСИЛЬЧУК

ЕНІОАНАТОМІЯ СВІТЛОСЯЮЧОГО ОРАНЖЕВОГО ТОНКОМАТЕРІАЛЬНОГО ТІЛА ЛЮДИНИ

Впервые у світі даються основні анатомічні характеристики світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла людини

Ключові слова: еніоанатомія; світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло; внутрішня частина; зовнішня частина; оболонка; основні характеристики; голографічна інтеграція.

Впервые в мире представлены основные эниоанатомические характеристики светлярко оранжевого тонкоматериального тела человека.

Ключевые слова: эниоанатомия; светлярко оранжевое тонкоматериальное тело; внутренняя часть; внешняя часть; оболочка; основные характеристики; голографическая интеграция.

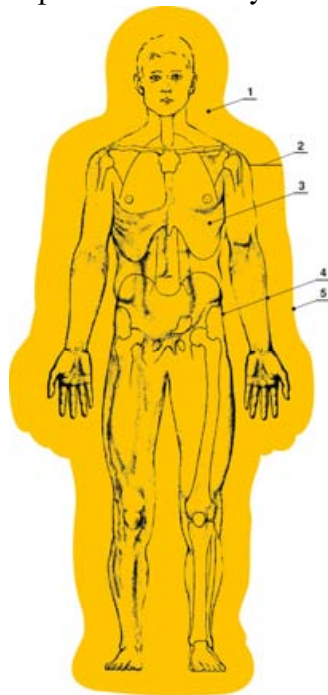
For the first in the world, enioanatomic characteristics of the bright orange subtle body are introduced.

Key world: enioanatomy; bright orange subtle body; inner part; outer part; coatings; basic characteristics; holographic integration.

Продовження з випуску 27(93) – 32(98)

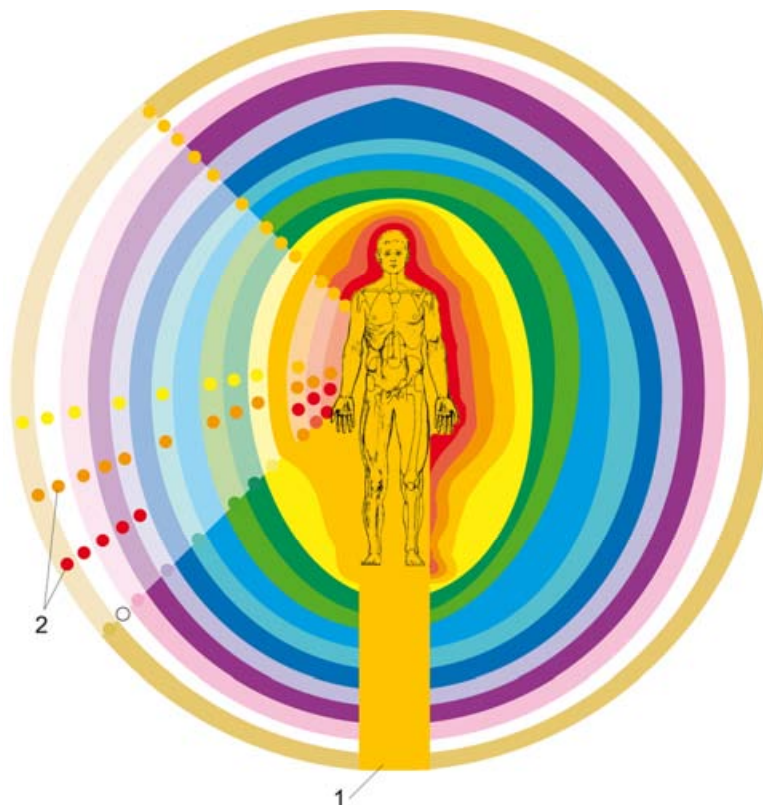
Світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло займає простір фізичного тіла, червоного, світлосяючого червоного і оранжевого тонкоматеріальних тіл та простір навколо оранжевого тонкоматеріального тіла (Мал.1). Його розміри більші, ніж розміри оранжевого тіла і воно побудоване і сформоване менш щільними світлосяючими інформаційно-енергетичними матеріями, ніж оранжеве, світлосяюче червоне і червоне тіла. Світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло анатомо-морфологічно подібне до фізичного, червоного, світлосяючого червоного і оранжевого тонкоматеріального тіла. Має внутрішню та зовнішню частини. У структурі його зовнішньої частини не представлено фізичне тіло ані будь-які його анатомічні структури, а у внутрішній частині фізичне тіло представлено 7 разів на усіх структурно-функціональних рівнях, що потрібно мати на увазі при вихованні, навчанні, розвитку,

вдосконаленні, лікуванні, регенерації, реабілітації і рекондиції. Без цього неможливо досягнути позитивних наслідків, особливо при ПСІ-феноменальному вихованні, навчанні та цілительстві.



Мал.1. Світлююче оранжеве тонкоматеріальне тіло:

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



Мал.2. Світлююча оранжева голографічна автономія тонкоматеріальних тіл:

1 – голографічна автономія тіл на основі світлюючої оранжевої інформаційно-енергетичної матерії; 2 – голографічна інтеграція світлюючою оранжевою інформаційно-енергетичною матерією та її складовими матеріями усіх тіл, крім блакитного і синього.

Внутрішня частина тіла структурно ідентична з клітинами, тканинами, органами і геометрією внутрішнього простору фізичного тіла та з усіма структурами внутрішньої частини червоного, світлосяючого червоного і оранжевого тонкоматеріальних тіл. Внутрішня частина являється анатоμο-морфоутворюючою матрицею за якою, в більшій мірі, здійснюється морфогенез клітин та їх органел і, в меншій мірі, тканин структурно-функціональних одиниць, органів і систем організму.

Зовнішня частина знаходиться у просторі зовнішньої частини червоного, світлосяючого червоного і оранжевого тонкоматеріальних тіл та у просторі навколо них. Це простір обмежений шкірою фізичного тіла і зовнішньою оболонкою світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла. У цьому просторі необхідно розрізнити простір між зовнішньою світлосяючою оранжевою оболонкою світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла і зовнішньою оранжевою оболонкою оранжевого тонкоматеріального тіла. Це периферичний простір, в якому відсутні структури оранжевого тіла. Простір зовнішньої частини є простором між інтегральною внутрішньою оболонкою тонкоматеріальних тіл (або шкірою фізичного тіла) і зовнішньою оболонкою зовнішньої частини світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла. Простір зовнішньої частини самого світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла не структурований, але структурований зовнішніми частинами оранжевого, світлосяючого червоного, червоного тонкоматеріальних тіл і проникнутими частинами структур жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, що надає цьому простору надзвичайно складну геометрію, яка відображає лише проникнені частини зовнішніх структур цих тонкоматеріальних тіл. Простір заповнений специфічними і високоспецифічними світлосяючими оранжевими життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами та індивідуально-універсальною життєвою інформаційно-енергетичною біоплазмою, яка утворюється усіма тонкоматеріальними тілами, що проникають крізь світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло. У просторі зовнішньої частини світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла розрізняють два види індивідуально-універсальної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми – **біоплазму**, що утворюється усіма тонкоматеріальними тілами, яка знаходиться тільки у просторі зовнішньої частини світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла, обмеженому оранжевим тонкоматеріальним тілом і **біоплазму**, яка не містить у собі червону, світлосяючу червону і оранжеву інформаційно-енергетичну біоплазми червоного, світлосяючого червоного і оранжевого тонкоматеріальних тіл і яка знаходиться в периферійному просторі світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла. Індивідуально-універсальна життєва інформаційно-енергетична біоплазма периферійного простору зовнішньої частини світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла містить інформаційно-енергетичні матерії світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла та усіх тонкоматеріальних тіл, які проникають крізь світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло, крім оранжевого, світлосяючого червоного і червоного. Ця біоплазма менш щільна, ніж біоплазма зовнішньої частини оранжевого, світлосяючого червоного і червоного тонкоматеріальних тіл. Світлосяючі оранжеві специфічні та високоспецифічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми утворюються тільки світлосяючим оранжевим тонкоматеріальним тілом і являються менш щільними ніж індивідуально-універсальна життєва інформаційно-енергетична біоплазма, що знаходиться у зовнішній частині світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла, але являються щільнішими, ніж інформаційно-енергетична біоплазма периферійного простору. Зовнішня частина світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла інформаційно-енергетично забезпечує у світлосяючому оранжевому, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра функціонування внутрішньої частини, інформаційно-енергетичний взаємообмін із зовнішнім середовищем, єдність з інформаційно-енергетичними

полями людства, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і Духовного Буття минулого, теперішнього і майбутнього часу. Вимежовує простір індивідуальної інформаційно-енергетичної ідентичності світлосяючого оранжевого діапазону електромагнітного спектра навколо фізичного тіла і оранжевого тонкоматеріального тіла.

Світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло є менш щільне, ніж оранжеве, світлосяюче червоне і червоне та щільніше, ніж жовте, зелене, світлосяюче зелене, блакитне, бірюзове, синє, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла, тому крізь нього ці тонкоматеріальні тіла вільно проникають, що дає можливість світлосяючому оранжевому тонко-матеріальному тілу утворювати з ними вторинні ідентичні тонкоматеріальні тіла та створювати індивідуально-універсальну життєву інформаційно-енергетичну біоплазму. Світлосяюча оранжева специфічна життєва інформаційно-енергетична біоплазма має морфогенетичний характер, інформаційно-енергетично обумовлює мікроструктурні процеси клітин і органел та інформаційно-енергетично забезпечує їх поділ, ріст, розвиток, реалізацію та функціонування. Фізичне тіло в процесі свого розвитку копіює мікроформи і мікроструктури еніоклітин і органел внутрішньої частини світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла. При цьому світлосяюче оранжеве тіло може з однаковою ефективністю інформаційно-енергетично забезпечувати усі морфогенетичні процеси, що обумовлюються оранжевим, світлосяючим червоним і червоним тонкоматеріальними тілами.

Зовнішня оболонка світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла знаходиться між зовнішньою оболонкою оранжевого і жовтого тонкоматеріального тіла. **Форма** зовнішньої оболонки світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла приблизно нагадує зовнішній анатомо-морфологічний рельєф фізичного тіла. Зовнішня оболонка зовнішньої частини світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла **утворюється концентрацією** світлосяючої оранжевої інформаційно-енергетичної матерії, **світлосяючими оранжевими компонентами** рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, **світлосяючими червоними компонентами** бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, **жовтими компонентами** жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, бузкового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл та **прониканням** жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл крізь світлосяючу оранжеву зовнішню оболонку. Якщо тонкоматеріальні тіла добре розвинуті, то зовнішня оболонка зовнішньої частини світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла може мати **12 шарів: внутрішній** – світлосяючий оранжевий найщільніший, найтонший і найслабший; **середній** – жовтий, більший за світлосяючий оранжевий, і в однаковому структурному розумінні зелений, світлосяючий зелений, блакитний, бірюзовий, синій, бузковий, фіолетовий, рожевий, білий і золотий. **Золотий шар є зовнішній**, найменш щільний, найтовщий і найміцніший.

Зовнішня оболонка **утворює не тільки** світлосяючі оранжеві чакрові конуси усіх чакр, зовнішні оболонки світлосяючих оранжевих чакрових конусів, зовнішній шар світлосяючої оранжевої тріади зіркових каналів, середній шар і зовнішній шар світлосяючих оранжевих 7-шарових структур зіркових каналів, верхні та нижні зовнішні фільтраційні мембрани зіркових каналів, зовнішні шари світлосяючих оранжевих сушумнових, мерудандових, ідових і пінгалових тріад та оболонкові світлосяючі оранжеві інформаційно-енергетичні канали і мікроканали, **але у ній також знаходяться** основи світлосяючих оранжевих чакрових конусів усіх чакр і фільтраційні мембрани зіркових каналів. Світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло здійснює своєю зовнішньою оболонкою, своїми світлосяючими оранжевими чакровими конусами усіх чакр і фільтраційними мембранами зіркових каналів ідентичні для людини інформаційно-енергетичні взаємообміни у світлосяючому оранжевому, оранжевому, червоному, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра з усіма

інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища. Зовнішня оболонка і вся зовнішня частина світлосяючого оранжевого тіла по відношенню до інших зовнішніх частин тонкоматеріальних тіл, розміщуються навколо фізичного тіла у зовнішній частині оранжевого, світлосяючого червоного та червоного тонкоматеріальних тіл і навколо простору зовнішньої оболонки оранжевого тіла. По відношенню до оранжевого тонкоматеріального тіла, світлосяюче оранжеве тіло є зовнішнє, а по відношенню до жовтого та інших зовнішньо розміщених тіл, являється внутрішнім тілом. Тому зовнішня частина світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла функціонує не лише у власному світлосяючому оранжевому інформаційно-енергетичному середовищі, але й у середовищі усіх тонкоматеріальних тіл. При цьому його зовнішня оболонка функціонує у власному інформаційно-енергетичному середовищі, у середовищі жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого і золотого тонкоматеріальних тіл, але не функціонує в інформаційно-енергетичному середовищі оранжевого, світлосяючого червоного і червоного тонкоматеріальних тіл тому, що зовнішні частини і оболонки цих тіл не досягають до зовнішньої оболонки світлосяючого оранжевого тіла.

Внутрішня оболонка світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла знаходиться в межах внутрішньої оболонки оранжевого тонкоматеріального тіла, незначно виступаючи за її межі і розділяє внутрішню і зовнішню частини світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла. **Форма** внутрішньої оболонки ідентична із зовнішнім анатомо-морфологічним рельєфом фізичного тіла та з усіма анатомічними структурами шкіри. Внутрішня оболонка світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла з'єднуються з внутрішніми оболонками оранжевого, світлосяючого червоного і червоного тонкоматеріальних тіл, утворюючи чотирьохшарову інтегральну оболонку світлосяючого оранжевого, оранжевого, світлосяючого червоного і червоного тонкоматеріальних тіл. Архітектоніка внутрішньої оболонки така ж, як архітектоніка шкіри фізичного тіла. Внутрішня оболонка утворює свої внутрішні структури, які дотепер ще не досліджені. Вона утворює середній світлосяючий оранжевий шар усіх меридіанів, внутрішній оболонковий шар і середній шар світлосяючих оранжевих 7-шарових структур зіркових каналів, середній шар світлосяючої оранжевої тріади зіркових каналів, верхні та нижні світлосяючі оранжеві фільтраційні мембрани зіркових каналів, середні шари світлосяючих оранжевих сушумнових, мерудандових, ідових та пінгалових тріад і оболонкові світлосяючі оранжеві інформаційно-енергетичні канали і мікроканали.

До світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла **проникають** жовте, зелене, світлосяюче зелене, блакитне, бірюзове, синє, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла, що беруть участь у його структурному вдосконаленні та визначенні його функціональних можливостей. Ці основні тонкоматеріальні тіла набувають форм і структур світлосяючого оранжевого тіла, з'єднуються з ним в його просторі, утворюючи ідентичні тонкоматеріальні тіла, які разом з основними тонкоматеріальними тілами додають зовнішній та внутрішній оболонкам і усім структурам світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла нові інтегральні голографічні структурні характеристики, структурно вдосконалюють і визначають їх розширені функціональні можливості та створюють голографічну єдність зі світлосяючим оранжевим тонкоматеріальним тілом.

Світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло вважається **базовим** з огляду на те, що крізь нього проникають жовте, зелене, світлосяюче зелене, блакитне, бірюзове, синє, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла, являється для цих тіл опорою, їх внутрішні частини знаходяться в його внутрішній частині, їх неповні зовнішні частини і зовнішні оболонки розміщуються навколо зовнішньої частини світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла. Крізь світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло не може проникати оранжеве, світлосяюче червоне і червоне тіла тому, що вони є щільніші. У біотично-фізичній

енергоінформаційній космічно-земній голограмі людини світлосяюче оранжеве тіло являється **основою** структурно-функціональної єдності з фізичним тілом, червоним, світлосяючим червоним, оранжевим, жовтим, зеленим, світлосяючим зеленим, бірюзовим, бузковим, фіолетовим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальними тілами.

Світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло являється **високоспецифічною основою** інформаційно-енергетичного взаємообміну світлосяючих оранжевих, оранжевих, світлосяючих червоних, червоних і жовтих діапазонів електромагнітного спектра між тілами, між тонкоматеріальними тілами та інформаційно-енергетичними полями Буття. У світлосяючому оранжевому тілі у значній мірі **концентруються** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми світлосяючого оранжевих діапазонів електромагнітного спектра, в меншій мірі та при сприятливих умовах - оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонів електромагнітного спектра. Інформаційно-енергетичні матерії, які поглинаються зовнішньою оболонкою світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла, світлосяючими оранжевими чакровими конусами чакр, зовнішніми верхньою та нижньою фільтраційними мембранами зіркових каналів, спрямовуються до внутрішньосушумнових, внутрішньомерудандових, внутрішньоідових, внутрішньопінгалових, внутрішньоправозіркових, внутрішньолівозіркових, внутрішньо-меридіанових, внутрішньочакрових, зовнішньоструктурної і внутрішньоструктурних, сіток субультраканалів, а з них до структур усіх тіл людини. **Без** світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла **неможливий оптимальний** та функціонально необхідний інформаційно-енергетичний взаємообмін, **цілеспрямоване** транспортування, **функціонально необхідний** перерозподіл і **оптимальна** циркуляція інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій та інформаційно-енергетичних біоплазм світлосяючих оранжевих, оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонів електромагнітного спектра між тонкоматеріальними тілами, фізичним тілом, інформаційно-енергетичними полями людей, тварин, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту, Бога, Духа Святого, Ісуса Христа, Матері Божої та ін.

Світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло являється **основою** світлосяючої оранжевої автономної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, яка являється сукупністю світлосяючого оранжевого, оранжевого, червоного, світлосяючого червоного, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл (Мал.2). Світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло являється невід'ємною частиною симбіозу з фізичним тілом, первинною голографічною анатомо-морфоутворюючою матрицею за якою, в більшій мірі, відбувається морфогенез анатомо-морфологічних структур клітин і мікроструктур органел і в меншій мірі – тканин, структурно-функціональних одиниць, органів, систем організму та фізичного тіла. Без світлосяючого оранжевого тіла неможливе виникнення біотично-фізичної енергоінформаційної космічно-земної голограмі людини. В процесі еволюційного розвитку людини її світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло являється **первинним** по відношенню до фізичного тіла і **вторинним** по відношенню до золотого тонкоматеріального тіла і є голографічною анатомо-морфоутворюючою матрицею, програмує, в більшій мірі, морфогенез клітин та органел, в меншій мірі – тканин, структурно-функціональних одиниць, органів, систем організму і фізичного тіла, управляє і контролює поділ, розмноження (мітоз), диференціювання, розвиток, функції і життєздатність тканин фізичного тіла, захищає генетичну ідентичність клітин і органел, їх функціональну специфічність, місце розміщення та відновлює пошкоджені структури клітин. В процесі індивідуального еволюційного розвитку будь-які анатомічні, морфологічні та фізіологічні зміни фізичного тіла відображаються у світлосяючому оранжевому тонкоматеріальному тілі. Голографічна анатомо-морфоутворююча матриця

світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла поступово змінюється у відповідності до еволюційних анатомічних, морфологічних, фізіологічних та інформаційно-енергетичних змін фізичного тіла, червоного, світлосяючого червоного і оранжевого тонкоматеріальних тіл. При цьому, оберігає і захищає генетичну, світло- сяючу оранжеву, оранжеву, червону, світлосяючу червону і жовту інформаційно-енергетичну ідентичність людини, її анатомію, морфологію та фізіологію. Не допускає мутації анатомо-морфофункціональних структур клітин, органел, інформаційно-енергетичних матерій світлосяючого оранжевого, оранжевого, червоного, світлосяючого червоного і жовтого діапазонів електромагнітного спектра і упродовж життя постійно відновлює клітини, органели та їх структури, усі структури світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла і допомагає відновлювати структури оранжевого, світлосяючого червоного і червоного тонкоматеріальних тіл.

Світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло являється **основою** світлосяючої оранжевої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, світлосяючої оранжевої інформаційно-енергетичної ідентичності, індивідуальності, імунітету і гомеостазу. Утримує їх характеристики у відносній стабільності з можливістю їх подальших поступових і повільних змін прогресивно-еволюційного або небажаного регресивного розвитку.

Основні характеристики світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла:

- 1. З погляду послідовності виникнення** це тіло **первинне** відносно фізичного тіла і **вторинне** відносно до золотого тонкоматеріального тіла. У процесі розвитку людини раніше виникає світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло одночасно з оранжевим, світлосяючим червоним і червоним, а потім фізичне тіло. У часі світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло випереджає розвиток фізичного тіла. Фізичне тіло розвивається не лише за голографічною матрицею внутрішньої частини світлосяючого оранжевого тіла, але й за інтегральною голографічною матрицею світлосяючого оранжевого, оранжевого, світлосяючого червоного, червоного та всіх інших тонкоматеріальних тіл. Світлосяюче оранжеве тіло розвивається за первинною голографічною матрицею золотого тіла та за інтегральною голографічною матрицею вічних тонкоматеріальних тіл, тому по відношенню до золотого тіла і вічних тонкоматеріальних тіл являється **вторинним**.
- 2. Відповідно до часу існування у Всесвіті** це тіло **тимчасове**, існує тільки в період онтогенезу, а після смерті фізичного тіла розпадається на інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми світлосяючого оранжевого, оранжевого, червоного, світлосяючого червоного і жовтого діапазонів електромагнітного спектра, які стають складовими інформаційно-енергетичних полів Землі, Всесвіту і Духовного Буття.
- 3. З погляду кольору** тіло – **світлосяюче оранжеве**, тому назване світлосяючим оранжевим тонкоматеріальним тілом. Вміщує світлосяючий червоний і жовтий кольори, які утворюють світлосяючий оранжевий колір. Найбільш чутливе до світлосяючої оранжевої інформаційно-енергетичної матерії, найкраще функціонує у світлосяючих оранжевих діапазонах електромагнітного спектра і може тимчасово з такою ж ефективністю функціонувати в оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонах електромагнітного спектра.
- 4. Відносно кольорового складу** інформаційно-енергетичної матерії, яка бере участь у побудові світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла, це тіло **біхроматичне**. Його світлосяюча оранжева матерія складається із світлосяючого червоного і жовтого інформаційно-енергетичних компонентів.
- 5. Відносно кількості компонентів** інформаційно-енергетичної матерії, яка бере участь в побудові світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла, тіло являється

бікомпонентним, вміщує інтегральний світлосяючий оранжевий і складові червоний та жовтий компоненти.

6. **За кількістю компонентів** світлосяючої оранжевої інформаційно-енергетичної матерії світло-сяючого оранжевого тонкоматеріального тіла, це тіло являється **трьохкомпонентним** – має три кольорові компоненти: **інтегральний** - світлосяючий оранжевий і **складові** – світлосяючий червоний і жовтий компоненти. **Інтегральний світлосяючий оранжевий** компонент інформаційно-енергетичної матерії бере участь в побудові світлосяючого оранжевого, оранжевого, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл; **складовий червоний** компонент світлосяючої оранжевої інформаційно-енергетичної матерії бере участь у побудові червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого, золотого і вторинного компонентного світлосяючого оранжево-червоного тонкоматеріальних тіл; **складовий світлосяючий червоний** компонент світлосяючої оранжевої інформаційно-енергетичної матерії бере участь в побудові червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого, золотого і вторинного компонентного світлосяючого оранжево-світлосячо червоного тонкоматеріальних тіл; **складовий жовтий** компонент світлосяючої оранжевої інформаційно-енергетичної матерії бере участь в побудові оранжевого, світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, бузкового, рожевого, білого, золотого і вторинного компонентного світлосяючого оранжево-жовтого тонкоматеріальних тіл.
7. **За щільністю** інформаційно-енергетичної матерії це тіло являється менш щільне, ніж оранжеве, світлосяюче червоне і червоне, тому крізь них вільно проникає і утворює з ними ідентичні тонкоматеріальні тіла. Відносно оранжевого, світлосяючого червоного і червоного тонкоматеріальних тіл, світлосяюче оранжеве тіло являється **непроникаючим**, а відносно інших тонкоматеріальних тіл являється щільнішим і тому **проникаюче**, що дає можливість проникати крізь себе жовтому, зеленому, світлосяючому зеленому, блакитному, бірюзовому, синьому, бузковому, фіолетовому, рожевому, білому і золотому тонкоматеріальним тілам і таким чином утворювати з ним ідентичні тонкоматеріальні тіла.
8. **Відносно кількості** діапазонів електромагнітного спектра в яких функціонує тіло, це тіло **трьохдіапазонове** і найефективніше функціонує у світлосяючих оранжевих діапазонах електромагнітного спектра, і так же ефективно, але тимчасово може функціонувати в оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонах електромагнітного спектра.
9. **За частотою функціонування**, тіло **трьохчастотне**, переважно функціонує у світлосяючому оранжевому і тимчасово в оранжевому, червоному, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра. При досягненні універсального розвитку, здатне з однаковою ефективністю функціонувати у будь-якому діапазоні електромагнітного спектра.
10. З точки зору **інформаційно-енергетичної основи**, яка вміщує інформації колективної поведінки і соціальної культури суспільства, це тіло **трьохмаргінальне**. При досягненні всебічного, збалансованого, гармонійного та універсального розвитку, трансформується до полімаргінального.
11. **За розміщенням** зовнішньої оболонки зовнішньої частини це тіло являється **середнім**. Відносно розміщення зовнішніх оболонок зовнішніх частин усіх інших тонкоматеріальних тіл, його зовнішня оболонка знаходиться між оранжевим і жовтим тонкоматеріальним тілом.
12. **За структурно-функціональним значенням** в біотично-фізичній енергоінформаційній космічно-земній голограмі людини, це тіло являється **основним** для утворення автономної

світлосяючої оранжевої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл. Без світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла неможливе виникнення та існування світлосяючої оранжевої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, трьох вторинних компонентних і трьох вторинних ідентичних світлосяючих оранжевих тонкоматеріальних тіл та утворення специфічних і високоспецифічних світлосяючих оранжевих життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм.

- 13. За функціональним значенням** в інформаційно-енергетичному взаємообміні це тіло **специфічне, з елементами універсальності**. Тільки воно уможливує природно чистий і в достатньому об'ємі інформаційно-енергетичний взаємообмін не лише у світлосяючих оранжевих діапазонах електромагнітного спектра, але й в оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонах електромагнітного спектра з інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища, що дає можливість досягнути функціонально необхідної стабільності інформаційно-енергетичної ідентичності, індивідуальності, імунітету і гомеостазу специфічних і високоспецифічних світлосяючих оранжевих інформаційно-енергетичних біоплазм, світлосяючої оранжевої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, світлосяючого оранжевого, оранжевого, червоного, світлосяючого червоного і жовтого компонентів індивідуально-універсальної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми, а також тих життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм, які вміщують світлосяючий оранжевий, оранжевий, червоний, світлосяючий червоний і жовтий компоненти.
- 14. З погляду накопичення, концентрації та зберігання** інформаційно-енергетичних матерій це тіло являється **резервуаром** світлосяючих оранжевих інформаційно-енергетичних матерій, які можуть використовуватися при недостатньому інформаційно-енергетичному забезпеченні світлосяючими оранжевими інформаційно-енергетичними матеріями життєздатності і життєдіяльності фізичного тіла та функціонування тонкоматеріальних тіл, що дає можливість утримувати стабільність, постійність і достатність інформаційно-енергетичного забезпечення. Ці процеси тіло здатне здійснювати в оранжевому, червоному, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра, а при досягненні універсального розвитку у будь-якому діапазоні електромагнітного спектра.
- 15. З точки зору ієрархії управління** інформаційно-енергетичними процесами це тіло відноситься до **центрального управління** транспортування, перерозподілу, циркуляції та взаємообміну світлосяючих оранжевих, оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих інформаційно-енергетичних матерій у світлосяючій оранжевій голографічній інтеграції тонкоматеріальних тіл людини. Світлосяюче оранжеве тіло дає можливість утримувати стабільну функціонально необхідну концентрацію і дифузійну напругу світлосяючих оранжевих інформаційно-енергетичних матерій і також підтримує ці процеси в оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих інформаційно-енергетичних матеріях, що уможливує їх цілеспрямоване та функціонально необхідне транспортування, перерозподіл, циркуляцію та інформаційно-енергетичні взаємообміни між тонкоматеріальними тілами світлосяючої оранжевої голографічної інтеграції. У випадку необхідності всі ці функціональні інформаційно-енергетичні процеси можуть бути проведені світлосяючим оранжевим тонкоматеріальним тілом в оранжевій, червоній, світлосяючій червоній, жовтій, зеленій, світлосяючій зеленій, бірюзовій, бузковій, фіолетовій, рожевій, білій і золотій голографічній інтеграції тонкоматеріальних тіл. Світлосяючому оранжевому тонкоматеріальному тілу **допомагає** червоне, світлосяюче червоне, оранжеве, жовте, зелене, світлосяюче зелене, бірюзове, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла. Рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла можуть у будь-який момент перейняти **управління світлосяючих оранжевих**

інформаційно-енергетичних матерій. Оранжеве, жовте, зелене, світлосяюче зелене, бірюзове і бузкове тонкоматеріальне тіла можуть у будь-який момент перейняти **управління жовтого** компоненту світлосяючих оранжевих інформаційно-енергетичних матерій, а червоне, світлосяюче червоне, оранжеве, бузкове і фіолетове тонкоматеріальне тіла – **червоного компоненту** світлосяючих оранжевих інформаційно-енергетичних матерій, але при цьому будуть послаблені їх основні функції тому, що інформаційно-енергетичний потенціал буде використаний на компенсацію недостатності функції управління світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла. **Одночасно** з функцією центрального управління має світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло **функцію периферійного управління** інформаційно-енергетичних процесів у своїх межах. Цією функцією володіють і керують тонкоматеріальні тіла вищих частот, які вміщують світлосяючі оранжеві, червоні, світлосяючі червоні і жовті діапазони електромагнітного спектра жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл. **Чим щільніше** являється тонкоматеріальне тіло відносно світлосяючого оранжевого тіла, тим менші має можливості управляти його інформаційно-енергетичними матеріями; **чим менш щільне** тонкоматеріальне тіло відносно світлосяючого оранжевого тіла, **тим більші** має можливості управляти його інформаційно-енергетичними матеріями. Найбільші можливості управління має золоте тонкоматеріальне тіло, якщо є оптимально розвинуте, при його недостатньому розвитку – біле тонкоматеріальне тіло, якщо воно недостатньо розвинене, то рожеве тонкоматеріальне тіло, а при його недостатньому розвитку – фіолетове тонкоматеріальне тіло.

Світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло людини являється первинною світлосяючою оранжевою інформаційно-енергетичною голограмою, яка вміщує три вторинні компонентні і три вторинні ідентичні голограми із специфічними структурами та структурами, ідентичними з фізичним тілом. Тіло побудоване світлосяючою оранжевою інформаційно-енергетичною матерією духовного, космічного, земного і людського походження з минулого, теперішнього і майбутнього часу. Має внутрішню і зовнішню частини. **Внутрішня частина** структурована так само, як фізичне тіло, внутрішня частина червоного, світлосяючого червоного і оранжевого тонкоматеріальних тіл. **Зовнішня частина** структурована зовнішніми частинами червоного, світлосяючого червоного і оранжевого тонкоматеріальних тіл і проникаючими частинами зовнішніх структур усіх тонкоматеріальних тіл, які проникають крізь світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло. Вона **заповнена** індивідуальними специфічними і високоспецифічними життєвими світлосяючими оранжевими інформаційно-енергетичними біоплазмами та двома універсальними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами, з яких **одна** розміщена в периферійному просторі і утворюється усіма тонкоматеріальними тілами, проникаючими крізь світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло, крім оранжевого, світлосяючого червоного і червоного, а **друга**, утворювана усіма тонкоматеріальними тілами, розміщується у внутрішній та зовнішній частині світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла, обмеженого оранжевим тонкоматеріальним тілом. **Одна з біоплазм** має всі природні для людини діапазони електромагнітного спектра, **друга** не містить діапазонів електромагнітного спектра червоного, світлосяючого червоного і оранжевого тонкоматеріальних тіл. **Зовнішня оболонка** зовнішньої частини тіла приблизно нагадує зовнішній анатомо-морфологічний рельєф фізичного тіла і розміщується між оболонкою зовнішньої частини оранжевого та оболонкою зовнішньої частини жовтого тонкоматеріальних тіл. Світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло **утворює компонентні** – світлосяюче оранжево-червоне, світлосяюче оранжево-світлосяюче червоне і світлосяюче оранжево-жовте тонкоматеріальні тіла та **ідентичні** – світлосяюче

оранжево-оранжеве, світлосяюче оранжево-світлосяюче червоне і світлосяюче оранжево-червоне тонкоматеріальні тіла. Світлосяюче оранжеве тіло **голографічно інтегрується** з червоним, світлосяючим червоним, оранжевим, жовтим, зеленим, світлосяючим зеленим, бірюзовим, бузковим, фіолетовим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальним тілом, **утворюючи** з ними світлосяючу оранжеву голографічну автономію тонкоматеріальних тіл і є їх основою (мал.2). **Своїми** інформаційно-енергетичними матеріями і біоплазмами **бере участь** в утворенні червоної, світлосяючої червоної, оранжевої, світлосяючої оранжевої, жовтої, зеленої, світлосяючої зеленої, бірюзової, бузкової, фіолетової, рожевої, білої і золотої голографічних автономій та інтегральностей цих тіл. **Забезпечує** їх інтегральне, автономне і специфічне функціонування на основі світлосяючого оранжевого, оранжевого, червоного, світлосяючого червоного і жовтого діапазонів електромагнітного спектра.

Світлосяюче оранжеве тонкоматеріальне тіло жовтою і світлосяючою червоною компонентами своєї світлосяючої оранжевої інформаційно-енергетичної матерії утворює компонентні тонкоматеріальні тіла.

Компонентне світлосяюче оранжево-червоне тонкоматеріальне тіло людини – це вторинна світлосяюча оранжево-червона інформаційно-енергетична голограма, яка містить специфічні структури та структури, ідентичні з фізичним тілом, і утворюється інтегральним світлосяючим оранжевим компонентом та червоним складовим компонентом інформаційно-енергетичної матерії світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла.

Компонентне світлосяюче оранжево-світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло людини – це вторинна світлосяюча-оранжево-світлосяюче-червона інформаційно-енергетична голограма, яка містить специфічні структури та структури, ідентичні з фізичним тілом і утворюється інтегральним світлосяючим оранжевим компонентом та світлосяючим червоним складовим компонентом інформаційно-енергетичної матерії світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла.

Компонентне світлосяюче оранжево-жовте тонкоматеріальне тіло людини – це вторинна світлосяюча оранжево-жовта інформаційно-енергетична голограма, яка містить специфічні структури та структури, ідентичні з фізичним тілом, і утворюється інтегральним світлосяючим оранжевим та жовтим складовим компонентом інформаційно-енергетичної матерії світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла.

Крізь світлосяюче оранжеве тіло проникають усі тонкоматеріальні тіла крім червоного, світлосяючого червоного і оранжевого, при цьому воно само проникає крізь оранжеве, світлосяюче червоне і червоне тіла, повторює їх форму, структуру, внутрішню архітекtonіку і таким чином, разом з усіма тонкоматеріальними тілами бере участь в утворенні усіх ідентичних різнокольорових світлосяючих оранжевих тонкоматеріальних тіл і є для них базовим.

Ідентичне світлосяюче оранжево-оранжеве тонкоматеріальне тіло людини – це вторинна світлосяюча оранжево-оранжева інформаційно-енергетична голограма, яка містить специфічні структури та структури, ідентичні з фізичним тілом, яка утворюється світлосяючим оранжевим та оранжевим тонкоматеріальними тілами при прониканні світлосяючого оранжевого тіла крізь оранжеве тіло з повторення його форм і структур.

Ідентичне світлосяюче оранжево-світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло людини це вторинна світлосяюча оранжево-світлосяюче червона інформаційно-енергетична голограма, яка містить специфічні структури та структури ідентичні з фізичним тілом, яка утворюється світло - сяючим оранжевим і світлосяючим червоним тонкоматеріальними тілами, при прониканні світлосяючого оранжевого тіла крізь світлосяюче червоне тіло з повторенням його форм і структур.

Ідентичне світлосяюче оранжево-червоне тонкоматеріальне тіло людини – це вторинна світлосяюча оранжево-червона інформаційно-енергетична голограма, яка містить специфічні структури та структури, ідентичні з фізичним тілом, яка утворюється світлосяючим оранжевим і червоним тонкоматеріальними тілами при прониканні світлосяючого оранжевого тіла крізь червоне тіло з повторенням його форм і структур.

Світлосяюче оранжеве тіло своїми вторинними компонентними та ідентичними тілами може функціонувати в однакових інформаційно-енергетичних рівнях Буття з однаковими частотними, амплітудними і хвильовими характеристиками функціонування як червоне, світлосяюче червоне та оранжеве тіла, а при універсальному розвитку і як жовте, зелене, світлосяюче зелене, блакитне, бірюзове, синє, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла. **Голографічна єдність** світлосяючого оранжевого тіла з усіма тонкоматеріальними тілами дає йому можливість інформаційно-енергетично з ними **взаємодоповнюватися, перебувати** в інформаційно-енергетичному взаємообміні з усіма інформаційними рівнями Буття, **обумовлювати** одні і ті ж причини і наслідки онтогенетичного розвитку людини, морфогенетичні процеси фізичного тіла, анатомічні, морфологічні, фізіологічні, біомеханічні, біохімічні, електромагнітні властивості фізичного тіла та інформаційно-енергетичні властивості тонкоматеріальних тіл, а також **обумовлювати** соціальні, біотичні, психічні, інтелектуальні, ментальні, емоціональні, моральні, етичні, естетичні, ПСІ-феноменальні, духовні, душевні та окремі божественні здібності людини і **прояви** їх у фізичному світі Землі, Духовному Бутті, в усіх необхідних для людини інформаційно-енергетичних рівнях людського життя та інформаційно-енергетичних полях зовнішнього середовища. Це дає можливість світлосяючому оранжевому тілу впливати на розвиток, вдосконалення і прояв усіх властивостей, особливостей, здібностей та функціональних можливостей людини за умови, що розвиток людини обумовлений інформаційно-енергетичними основами інших тонкоматеріальних тіл.

Морфофункціональна норма, гіпотрофія, гіпофункція, гіпертрофія та гіперфункція зовнішньої частини світлосяючого 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.

Продовження у випуску 34(100)

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: Сполум, 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.

ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИЙ АБСЦЕС І СУПУТНІ ІНФЕКЦІЙНІ ПРОЦЕСИ

Стаття представляє інформацію по клінічній картині і лікуванню внутрішньочерепного абсцесу та інших супутніх інфекційних станів, які час від часу зустрічаються в медичній практиці.

Ключові слова: абсцес головного мозку, субдуральна емпієма, епідуральний абсцес, лікування.

Статья посвящена клинической картине и лечению внутричерепного абсцесса и других сопутствующих инфекционных процессов, которые время от времени встречаются в медицинской практике.

Ключевые слова: абсцесс головного мозга, субдуральная эмпиема, эпидуральный абсцесс, лечение.

This article presents information on clinical picture and management of intracranial abscess and other accompanying infectious conditions that sometimes are observed in the clinical practice.

Key words: cerebral abscess, subdural empyema, epidural abscess, treatment.

Якщо хворий звертається до лікаря із лихоманкою та вогнищевим неврологічним дефіцитом, то абсцес головного мозку або параменінгеальний інфекційний процес слід запідозрити відразу і лікувати негайно. Терапія цих станів зазвичай включає антибіотики в поєднанні з хірургічним втручанням. Рівень невідкладності визначається анатомічною локалізацією, оскільки вогнища в стовбурі, мозочку або спинному мозку гірше піддаються лікуванню порівняно з інфікуванням великих півкуль. Іншими чинниками, що можуть впливати на вибір методу терапії, є клінічний стан пацієнта, функція імунної системи і природа інфекції.

АБСЦЕС ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Абсцес головного мозку виникає внаслідок гематогенного або контактного поширення локальних інфекцій, при нейрохірургічних процедурах або проникаючій черепно-мозковій травмі. Залучені мікроорганізми — найчастіше стрептококи, стафілококи та анаеробні збудники. Факторами ризику розвитку переважно є синдром набутого імунодефіциту, трансплантація органів, внутрішньовенне застосування наркотиків, хіміотерапія раку, вади розвитку серця, штучні серцеві клапани та діабет.

Клінічно у такого пацієнта виявляють лихоманку, біль голови (інколи односторонній), ознаки внутрішньочерепної гіпертензії (нудота, блювання, сонливість, набряк дисків зорових нервів), менінгеальні знаки, вогнищеві неврологічні симптоми і судоми. Діагноз найчастіше ставлять за допомогою контрастної комп'ютерної томографії (КТ), котра візуалізує об'ємний процес, стадії якого корелюють із патоморфологічними змінами. Енцефалітичні стадії (рання – 1-3 день, пізня – 4-9 день) проявляються як нечітко окреслене гіподенсне вогнище із асоційованим локальним набряком. Гістологічно при цьому наявне гостре запалення без некрозу. При стадіях інкапсуляції (рання – 10-13 день, пізня – після 14 дня) на КТ видно кільцеподібне посилення сигналу, що гістологічно корелює із некрозом, розрідженням тканини і утворенням фіброзної капсули. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) із гадолінієвим підсиленням є чутливішим методом для виявлення супутніх вогнищ, раннього енцефаліту, адекватної оцінки діапазону формування капсули, розвитку центрального некрозу і набряку.

Люмбальна пункція відносно протипоказана при абсцесах головного мозку через ризик виникнення вклинення. У лікворі переважно знаходять помірний плеоцитоз, рівень глюкози — нормальний, а білка — звичайний або підвищений. Результати посівів спинномозкової рідини зазвичай негативні. Якщо результати лікворології більш сумірні із бактеріальним менінгітом

(висока ШОЕ, позитивні результати посіву, низький рівень глюкози), слід думати про прорив абсцесу в шлуночкову систему.

З допоміжних обстежень важливими є загальний аналіз крові (лейкоцитоз) і посів останньої (результати переважно негативні, але якщо вони позитивні, то це дає змогу з'ясувати, який мікроорганізм відповідальний за розвиток абсцесу).

Лікування цього стану залежить від тяжкості клінічної картини, кількості, розмірів і локалізації патологічно процесу, а також причинного мікроорганізму. Воно включає антибіотикотерапію (табл. 1), котру необхідно ініціювати у всіх хворих із підозрою на такий діагноз без очікування результатів діагностичних досліджень. Поки немає висновків щодо специфічного збудника і його чутливості до медикаментів, антибіотики застосовують емпірично, відштовхуючись від найпоширеніших мікроорганізмів і факторів ризику. Ініціальна антибіотикотерапія переважно включає цефалоспорин 3-го покоління (наприклад, цефтріаксон або цефотаксим) плюс ванкоміцин і метронідазол. Якщо результати посіву свідчать про наявність метицилін-чутливого *Staphylococcus aureus*, то ванкоміцин замінюють на нафцилін або оксацилін, якщо метицилін-резистентного різновиду — то до лікування для посилення ефекту ванкоміцину додають рифампін. Метронідазол приймають доти, доки повністю не виключено існування анаеробів. При наявності стрептококової інфекції пеніциліну G зазвичай достатньо. Хворим із імуносупресією і ризиком розвитку нейротоксоплазмозу і нокардіозу призначають триметоприм-сульфаметоксазол. Лістеріоз необхідно підозрювати в осіб на тривалій стероїдотерапії, найліпшим тут залишається ампіцилін. Грибками, що найчастіше викликають абсцес головного мозку, є представники родів *Aspergillus*, *Cryptococcus*, *Coccidioides*, *Candida albicans* і збудники мукормікозу. Такі інфекції переважно контролюють амфотерицином. Деякі групи пацієнтів можуть бути чутливими до паразитарних інфекцій (найчастіше цистицеркозу), особливо якщо вони подорожували в ендемічні регіони або є емігрантами звідти — їх лікують празиквантелом. Режими антибіотикотерапії слід оптимізувати щодо спектра мікрофлори та її чутливості. Загальна тривалість лікування сягає 6–8 тижнів, з них протягом 4 тижнів медикаменти вводять внутрішньовенно.

Таблиця 1. Препарати, що застосовуються в етіотропному лікуванні абсцесу головного мозку і параменінгеальних інфекцій

Препарат	Дозування	Мікроорганізми, що ним покриваються
Ванкоміцин	1 г в/в кожні 12 годин	MPSA
Цефотаксим	2 г в/в кожні 6–8 годин	Широкий спектр
Цефтріаксон	2 г в/в кожні 12 годин	Широкий спектр
Метронідазол	500 мг в/в кожні 6 годин	Анаероби
Нафцилін	2 г в/в кожні 4 години	MCHA
Оксацилін	2 г в/в кожні 4 години	MCHA
Пеніцилін G	3–4 млн. ОД в/в кожні 4 години	Стрептококи
Ампіцилін	2 г в/в кожні 4 години	Лістерії
Рифампін	600 мг в/в або перорально щодня	Синергізм із ванкоміцином при MPSA
Триметоприм-сульфаметоксазол	5–6 мг/кг в/в кожні 6 годин	Токсоплазми, нокардії
Празиквантел	15 мг/кг перорально 3 рази/день	Цистицерки
Амфотерицин	1 мг/кг/добу в/в	Грибки

MPSA — метицилін-резистентний *Staphylococcus aureus*; MCHA — метицилін-чутливий *Staphylococcus aureus*.

Лише фармакотерапія не є найкращим вибором, такий підхід можливий у дуже ослабленого хворого, котрий, імовірно, не перенесе оперативного втручання. Це трапляється рідко, практично кожен пацієнт із абсцесом головного мозку зазнає стереотактичної голкової аспірації, за винятком ситуацій, коли існує супутня коагулопатія або тромбоцитопенія. Лише медикаментозне лікування можливе, якщо вогнища невеликі і множинні, а локалізація патологічного процесу несприятлива для операції, при останній існує можливість проникнення в шлуночкову систему, наявна супутня гідроцефалія, при шунтуванні котрої наявний ризик інфікування шунта. Саме лише медикаментозне лікування, імовірно, буде успішним, коли його почати на енцефалітичній стадії перед утворенням капсули (зазвичай в інтервалі до 10 днів від початку симптомів), якщо вогнище невелике (діаметром до 3 мм) і коли в пацієнта наявне чітке клінічне поліпшення протягом 1 тижня від розвитку захворювання. Якщо діаметр абсцесу перевищує 3 мм і клінічно стан хворого погіршується, слід провести операцію. Унаслідок малого об'єму задньої черепної ямки і невеликого неврологічного дефіциту при видаленні тканини мозочка абсцеси останнього лікуються лише хірургічно, окрім ситуацій, коли пацієнт має високий ризик геморагічних ускладнень.

Показаннями для хірургічного лікування абсцесу головного мозку є виражене наростання об'ємного процесу, необхідність точної інформації про збудника і його чутливість до антибіотиків, близькість процесу до шлуночкової системи із високим ризиком прориву, погіршення клінічного стану, відсутність ефекту від антибіотикотерапії і при травматичній етіології абсцесу. Найпоширеніші оперативні підходи — аспірація і висікання. Стереотактична аспірація проводиться по можливості під місцевою анестезією. Локалізація отвору вибирається таким чином, щоб уникнути травматизації життєво важливих церебральних утворів, судин і шлуночків та інфікування. Хірургічне видалення здійснюють лише при інкапсуляції абсцесу (принаймні через 10 днів після розвитку симптомів), після нього тривалість фармакотерапії реально значно скоротити — аж до 2 тижнів.

Такі хворі зазвичай госпіталізуються в стаціонар для внутрішньовенного введення антибіотиків, їх обов'язково консультує нейрохірург. Інколи виникає потреба у зовнішній підтримці вітальних функцій (гемодинаміки і дихання). Застосування стероїдів розглядають, якщо пацієнт демонструє клінічне погіршення унаслідок вазогенного перифокального набряку. Не у всіх таких хворих ці агенти бажані, оскільки вони знижують ступінь проникнення антибіотиків у ділянку абсцесу, підвищують ризик його прориву у шлуночок, сповільнюють процес формування капсули і впливають на накопичення рентгенконтрасту, що утруднює інтерпретацію результатів контрольної КТ. Останню переважно проводять раз на 1–2 тижні. Якщо у пацієнта виникають судоми, то йому призначають антиконвульсанти. Профілактичне застосування цих медикаментів залишається контроверсійним, вони, імовірно, малоефективні при мозочкових і глибоких церебральних абсцесах.

СУБДУРАЛЬНА ЕМПІЄМА

Субдуральна емпієма є переважно внутрішньочерепним процесом. Часто вона виникає при поширенні локальної інфекції (зазвичай при синуситі або отиті), нейрохірургічних процедурах або складних переломах черепа. Найпоширенішими причинними мікроорганізмами залишаються стафілококи, стрептококи, грамнегативні бацили й анаероби. У таких хворих часто спостерігають біль голови, лихоманку і вогнищевий неврологічний дефіцит, наприклад геміпарез. Інколи в клінічній картині наявні менінгеальний синдром, судоми, ознаки внутрішньочерепної гіпертензії (нудота, блювання, сонливість). Симптоматика захворювання часто пов'язана із тромбофлебітом мозкових вен у субдуральному просторі, заповнених гноем.

Діагноз субдуральної емпієми встановлюють з допомогою контрастної КТ або МРТ із гадолінієвим підсиленням. Люмбальна пункція протипоказана і часто діагностично малоцінна, за винятком ситуацій, коли причиною цього стану є менінгіт. У лікворі зазвичай знаходять помірний плеоцитоз, нормальний рівень глюкози і підвищений вміст білка. Тиск спинномозкової рідини переважно підвищений. Загальний аналіз крові засвідчує лейкоцитоз, результати посіву часто неінформативні, оскільки септицемія є рідкісною причиною субдуральної емпієми.

Лікування включає невідкладне хірургічне втручання і антибіотикотерапію. Переважний тип операції — краніотомія. Застосовувані антибіотики мають фокусуватися на стафілококових мікроорганізмах, тому починають лікування з ванкоміцину в комбінації з цефалоспорином 3-го покоління і метронідазолом. Схема може бути змінена, відштовхуючись від результатів посіву із зразків, одержаних при операції.

ЕПІДУРАЛЬНИЙ АБСЦЕС

Ці стани переважно спінальні і дуже рідко виникають у порожнині черепа. Вони починаються підгостро, переважно викликаються менш вірулентними збудниками і найчастіше є наслідком прямого поширення інфекції із первинного вогнища чи інокуляції при нейрохірургічних втручаннях або проникаючій травмі. Спінальні епідуральні абсцеси нерідко є результатом гематогенного (особливо в ін'єкційних наркоманів) або прямого поширення інфекції (гнійний дерматит, остеомиєліт хребта, дисцит) чи спінальних маніпуляцій (поперекова дискотомія, люмбальна пункція). У багатьох випадках причину названого стану з'ясувати неможливо. Часто в анамнезі таких хворих наявна травма хребта. Поширеними мікроорганізмами, що спричиняють спінальний епідуральний абсцес, є стафілококи, стрептококи, *Escherichia coli*, збудники хронічних інфекцій (туберкульоз, грибки, паразити), а також анаероби. Факторами ризику залишаються діабет, алкоголізм, ін'єкційна наркоманія і хронічна ниркова недостатність.

Класична клінічна картина цього захворювання — лихоманка із болем у спині та болючістю хребта при перкусії. У пацієнтів також можуть бути пітливість, менінгеальні знаки (симптом Керніга) та енцефалопатія; на шкірі спини інколи виявляють фурункули. Неврологічний дефіцит спінального генезу не є рідкістю — прогресуючі мієлопатія або радикальний синдром часто передують виникненню симптомів залучення дистальних відділів спинного мозку. Такі симптоми можуть розвиватися внаслідок механічної компресії (не завжди очевидної на автопсії) або мати судинне походження.

Усі хворі з підозрою на спінальний епідуральний абсцес мають пройти через невідкладну МРТ хребта із гадолінієвим підсиленням. Люмбальну пункцію проводять із великою обережністю, часто від неї утримуються взагалі. У лікворі знаходять високий вміст лейкоцитів і білка та нормальний рівень глюкози. У периферичній крові — лейкоцитоз, посів із неї корисний для ідентифікації причинного мікроорганізму. ШОЕ зазвичай перевищує 30 мм/год.

Лікування спінального епідурального абсцесу — невідкладне хірургічне дренування й антибіотики. Під час оперативного втручання здійснюють декомпресію нервової тканини, посів і при потребі стабілізують хребет. Протипоказаннями для ургентної операції є тривалість неврологічного дефіциту понад 3 дні (можливість відновлення функції стає мінімальна), суто операційні фактори ризику й ураження спинного мозку по значній довжині. Деяких пацієнтів невідкладно не оперують при відсутності неврологічних симптомів — такий підхід досить контроверсійний, оскільки при епідуральному абсцесі може розвиватися приховане клінічне погіршення.

Найпоширенішим збудником цього стану є *Staphylococcus aureus*, тому емпірична антибіотикотерапія зазвичай включає згадані вище агенти (ванкоміцин плюс цефалоспорин третього покоління плюс метронідазол) і може оптимізуватися при з'ясуванні точної етіології.

Тривалість лікування — 3–4 тижні внутрішньовенного введення плюс 4 тижні прийому антибіотиків перорально. При підозрі на остеомієліт тривалість парентерального застосування медикаментів подовжується до 6–8 тижнів. Важливим маркером терапевтичної реакції є зниження ШОЕ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Alvis Miranda H, Castellar-Leones SM, Elzain MA, Moscote-Salazar LR. Brain abscess: Current management. J Neurosci Rural Pract. 2013 Aug;4(Suppl 1):S67-81.
2. Barnes RC. Intracranial abscess. Undersea Hyperb Med. 2012 May-Jun;39(3):727-30.
3. Brouwer MC, Coutinho JM, van de Beek D. Clinical characteristics and outcome of brain abscess: systematic review and meta-analysis. Neurology. 2014 Mar 4;82(9):806-13.
4. Brouwer MC, Tunkel AR, McKhann GM 2nd, van de Beek D. Brain abscess. N Engl J Med. 2014 Jul 31;371(5):447-56.
5. Rath TJ, Hughes M, Arabi M, Shah GV. Imaging of cerebritis, encephalitis, and brain abscess. Neuroimaging Clin N Am. 2012 Nov;22(4):585-607.
6. Sáez-Llorens X, Nieto-Guevara J. Brain abscess. Handb Clin Neurol. 2013;112:1127-34.
7. Sarrazin JL, Bonneville F, Martin-Blondel G. Brain infections. Diagn Interv Imaging. 2012 Jun;93(6):473-90.
8. Simpson D. Management of brain abscesses. I: Drainage and antiseptics. J Clin Neurosci. 2013 Dec;20(12):1669-74.
9. Simpson D. Management of brain abscesses. II: Antibiotics and computed tomography. J Clin Neurosci. 2013 Dec;20(12):1675-81.
10. Slazinski T. Brain abscess. Crit Care Nurs Clin North Am. 2013 Sep;25(3):381-8.

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

ОПТИМІЗОВАНИЙ МЕТОД ВИЗНАЧЕННЯ ПЛОЩІ ПОВЕРХНІ ТІЛА

*У статті наведено оптимізований метод визначення площі поверхні тіла.
Ключові слова: площа поверхні тіла, формула Дюбуа.*

В статье приведен оптимизированный метод определения площади поверхности тела.

Ключевые слова: площадь поверхности тела, формула Дюбуа.

*The method of determining body surface area is suggested in the article.
Key words: body surface area, Dubois formula.*

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Показники площі використовують у медичній практиці при дозуванні лікарських препаратів, визначені толерантності до глюкози. Її призначення у дозі 50 мг на 1 м² поверхні тіла є стандартом глюкозотолерантного тесту [1-5]. Прийнято визначати площу поверхні тіла за формулою Дюбуа, де: площа у м²=0,01672 × [маса тіла, кг] × [зріст, м]. Методика виявилась недосконалою.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Нами оптимізовано метод визначення площі поверхні тіла (табл. 1,2,3) для різних вікових груп згідно із довідковими відомостями [4]: у новонароджених – 0,2-0,3 м²; в осіб з масою тіла 10 кг – 0,5 м², 30 кг – 1,0 м², 50 кг – 1,5 м², 70 кг – 1,7 м² [4].

Для складання таблиць (1,2,3) пропонуємо наступні формули:

Показники маси тіла, кг:	Формула:
60 - 100	$\frac{[\text{вага, кг}] \times [\text{зріст, м}]}{70}$
40 – 58	$\frac{[\text{вага, кг}] \times [\text{зріст, м}]}{50}$
20 – 38	$\frac{[\text{вага, кг}] \times [\text{зріст, м}]}{30}$
5 – 18	$\frac{[\text{вага, кг}] \times [\text{зріст, м}]}{10}$

Таблиця 1

Обчислення площі поверхні тіла у дорослих людей

Маса тіла, кг	Зріст, м									
	1,50	1,55	1,60	1,65	1,70	1,75	1,80	1,85	1,90	1,95
	$\frac{[\text{вага, кг}] \times [\text{зріст, м}]}{70}$									
	Площа поверхні тіла, м ² : показники за формулою -									
50	1,07	1,11	1,14	1,18	1,21	1,25	1,29	1,32	1,36	1,39
52	1,11	1,15	1,19	1,23	1,26	1,30	1,34	1,37	1,41	1,45
54	1,16	1,20	1,23	1,27	1,31	1,35	1,39	1,43	1,47	1,50
56	1,20	1,24	1,28	1,32	1,36	1,40	1,44	1,48	1,52	1,56
58	1,24	1,28	1,33	1,37	1,41	1,45	1,49	1,53	1,57	1,62
60	1,29	1,33	1,37	1,41	1,46	1,50	1,54	1,59	1,63	1,67
62	1,33	1,37	1,42	1,46	1,51	1,55	1,59	1,64	1,68	1,73
64	1,37	1,42	1,46	1,51	1,55	1,60	1,65	1,69	1,74	1,78
66	1,41	1,46	1,51	1,56	1,60	1,65	1,70	1,74	1,79	1,84
68	1,46	1,51	1,55	1,60	1,65	1,70	1,75	1,80	1,85	1,89
70	1,50	1,55	1,60	1,65	1,70	1,75	1,80	1,85	1,90	1,95
72	1,54	1,59	1,65	1,70	1,75	1,80	1,85	1,90	1,95	2,01
74	1,59	1,64	1,69	1,74	1,80	1,85	1,90	1,95	2,01	2,06
76	1,63	1,68	1,74	1,79	1,85	1,90	1,95	2,01	2,06	2,12
78	1,67	1,73	1,78	1,84	1,89	1,95	2,01	2,06	2,12	2,17
80	1,71	1,77	1,83	1,89	1,94	2,00	2,06	2,11	2,17	2,23
82	1,76	1,82	1,87	1,93	1,99	2,05	2,11	2,17	2,23	2,28
84	1,80	1,86	1,92	1,98	2,04	2,10	2,16	2,22	2,28	2,34
86	1,84	1,90	1,97	2,03	2,09	2,15	2,21	2,27	2,33	2,40
88	1,89	1,95	2,01	2,07	2,24	2,20	2,26	2,33	2,39	2,45
90	1,93	1,99	2,06	2,12	2,19	2,25	2,31	2,38	2,44	2,51
92	1,97	2,04	2,10	2,17	2,23	2,30	2,37	2,43	2,50	2,56
94	2,01	2,08	2,15	2,22	2,28	2,35	2,42	2,48	2,55	2,62
96	2,06	2,13	2,19	2,26	2,33	2,40	2,47	2,54	2,61	2,67
98	2,10	2,17	2,24	2,31	2,38	2,45	2,52	2,59	2,66	2,73
100	2,14	2,21	2,29	2,37	2,43	2,50	2,57	2,64	2,71	2,79

Обчислення площі поверхні тіла у дітей дошкільного і шкільного віку

Маса тіла, кг	Зріст, м												
	0,90	0,95	1,00	1,05	1,10	1,15	1,20	1,25	1,30	1,35	1,40	1,45	1,50
	[вага, кг] × [зріст, м]												
	Площа поверхні тіла, м ² : показники за формулою - 10												
12	1,08	1,14	1,20	1,26	1,32	1,38	1,44	1,50	1,56	1,62	1,68	1,74	1,80
14	1,26	1,33	1,40	1,47	1,54	1,61	1,68	1,75	1,82	1,89	1,96	2,03	2,10
16	1,44	1,52	1,60	1,68	1,76	1,83	1,90	2,00	2,08	2,16	2,24	2,32	2,40
18	1,62	1,71	1,80	1,89	1,98	2,07	2,16	2,25	2,34	2,43	2,52	2,61	2,70
	[вага, кг] × [зріст, м]												
	Площа поверхні тіла, м ² : показники за формулою - 30												
20	0,60	0,63	0,67	0,70	0,73	0,77	0,80	0,83	0,87	0,90	0,93	0,97	1,00
22	0,66	0,70	0,73	0,77	0,81	0,84	0,88	0,92	0,95	0,99	1,03	1,06	1,10
24	0,72	0,76	0,80	0,84	0,88	0,92	0,96	1,00	1,04	1,08	1,12	1,16	1,20
26	0,78	0,82	0,87	0,91	0,95	1,00	1,04	1,08	1,13	1,17	1,21	1,26	1,30
28	0,84	0,89	0,93	0,98	1,03	1,07	1,12	1,17	1,21	1,26	1,31	1,35	1,40
30	0,90	0,95	1,00	1,05	1,10	1,15	1,20	1,25	1,30	1,35	1,40	1,45	1,50
32	0,96	1,01	1,07	1,12	1,17	1,23	1,28	1,33	1,39	1,44	1,49	1,55	1,60
34	1,02	1,08	1,13	1,19	1,25	1,30	1,36	1,42	1,47	1,53	1,59	1,64	1,70
36	1,08	1,14	1,20	1,26	1,32	1,38	1,44	1,50	1,56	1,62	1,68	1,74	1,80
38	1,14	1,20	1,27	1,33	1,39	1,46	1,52	1,58	1,65	1,71	1,77	1,84	1,90
	[вага, кг] × [зріст, м]												
	Площа поверхні тіла, м ² : показники за формулою - 50												
40	0,72	0,76	0,80	0,84	0,88	0,92	0,96	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
42	0,76	0,80	0,84	0,88	0,92	0,96	1,00	1,04	1,08	1,12	1,16	1,20	1,26
44	0,79	0,84	0,88	0,92	0,97	1,01	1,06	1,10	1,14	1,19	1,23	1,28	1,32
46	0,83	0,87	0,92	0,97	1,01	1,06	1,10	1,15	1,20	1,24	1,29	1,33	1,38
48	0,86	0,91	0,96	1,01	1,06	1,10	1,15	1,20	1,25	1,30	1,34	1,40	1,44
50	0,90	0,95	1,00	1,05	1,10	1,15	1,20	1,25	1,30	1,35	1,40	1,45	1,50
52	0,94	0,99	1,04	1,09	1,14	1,20	1,25	1,30	1,35	1,40	1,46	1,51	1,56
54	0,97	1,03	1,08	1,13	1,19	1,24	1,30	1,35	1,40	1,46	1,51	1,57	1,62
56	1,01	1,06	1,12	1,16	1,23	1,29	1,34	1,40	1,46	1,51	1,57	1,62	1,68
58	1,04	1,10	1,16	1,22	1,28	1,33	1,39	1,45	1,51	1,57	1,62	1,68	1,74

Таблиця 3

Обчислення площі поверхні тіла у дітей грудного віку

Маса тіла, кг	Зріст, м										
	0,50	0,55	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	
2,0	0,17	0,18	0,20	0,22	0,23	0,25	0,27	0,28	0,30	0,32	
2,5	0,21	0,23	0,25	0,27	0,29	0,31	0,33	0,35	0,38	0,40	
3,0	0,25	0,28	0,30	0,33	0,35	0,38	0,40	0,43	0,45	0,48	
3,5	0,29	0,32	0,35	0,38	0,41	0,44	0,47	0,50	0,53	0,55	
4,0	0,33	0,37	0,40	0,43	0,47	0,50	0,53	0,57	0,60	0,63	
4,5	0,38	0,41	0,45	0,49	0,53	0,56	0,60	0,64	0,68	0,71	

	Площа поверхні тіла, м ² : показники за формулою - $\frac{[вага, кг] \times [зріст, м]}{10}$									
5,0	0,25	0,28	0,30	0,33	0,35	0,38	0,40	0,43	0,45	0,48
5,5	0,28	0,30	0,33	0,36	0,39	0,41	0,44	0,47	0,50	0,52
6,0	0,30	0,33	0,36	0,39	0,42	0,45	0,48	0,51	0,54	0,57
6,5	0,33	0,36	0,39	0,42	0,46	0,49	0,52	0,55	0,59	0,62
7,0	0,35	0,39	0,42	0,46	0,49	0,53	0,56	0,60	0,63	0,67
7,5	0,38	0,41	0,45	0,49	0,53	0,56	0,60	0,64	0,68	0,71
8,0	0,40	0,44	0,48	0,52	0,56	0,60	0,64	0,68	0,72	0,76
8,5	0,43	0,47	0,51	0,55	0,60	0,64	0,68	0,72	0,77	0,81
9,0	0,45	0,50	0,54	0,59	0,63	0,68	0,72	0,77	0,81	0,86
9,5	0,48	0,52	0,57	0,62	0,67	0,71	0,76	0,81	0,86	0,90
10,0	0,50	0,55	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95
10,5	0,53	0,58	0,63	0,68	0,74	0,79	0,84	0,89	0,95	1,00
11,0	0,55	0,61	0,66	0,72	0,77	0,83	0,88	0,94	0,99	1,05
11,5	0,58	0,63	0,69	0,75	0,81	0,86	0,92	0,98	1,04	1,09

Опрацьована методика визначення площі поверхні тіла пропонується для широкого впровадження у медичну практику.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ендокринологія / За ред. проф. П.М.Боднара.-Київ: «Здоров'я», 2002. –с. 207-302.
2. Томашевський Я.І., Томашевська О.Я. Основи профілактичної діабетології. – Львів: НТШ, 1992. –с. 27-30.
3. Томашевський Я.І., Бумбар О.І., Томашевська Н.Я., Бумбар З.О., Міклош Л.Я., Мінько Л.Ю. Уніфікований метод визначення площі поверхні тіла / Здоровий спосіб життя: Збірник наукових статей. - Львів 2011.- Вип. 56 - с. 42-45.
4. Ендокринологія / За ред. Н. Лавина. –М.: Практика, 1999. –С.813.
5. Програма загальної диспансеризації населення та профілактики йододефіцитних захворювань. Методичний посібник для студентів, інтернів та лікарів. Третє видання, оптимізоване / За ред. заслуженого професора ЛНМУ імені Данила Галицького Яреми Томашевського. – Львів, 2014. – 15 с.
6. Я.І.Томашевський, О.І. Бумбар, З.О. Бумбар / Стандартизація медичної допомоги при ранній стадії цукрового діабету та профілактика серцево-судинних і йододефіцитних захворювань // Феномен людини. Здоровий спосіб життя. Збірник наукових праць. - Львів, 2013.-Випуск 16 –с.34-38.

Л.Т.ШЕВЧУК

СМЕРТНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Стаття присвячена проблемам, пов'язаним із смертністю населення України. Акцентується увага на заходах, необхідних для скорочення рівня передчасної смертності та поліпшення відтворення населення в країні загалом та в її регіонах зокрема.

Ключові слова: населення, смертність, передчасна смертність, проблеми, заходи.

The article is sanctified to the problems related to the death rate of population of Ukraine. Attention is accented on events necessary for reduction of level of premature death rate and improvement of recreation of population in a country on the whole and in her regions in particular.

Keywords: population, death rate, premature death rate, problems, events.

Стаття посвящена проблемам, связанным со смертностью населения Украины. Акцентируется внимание на мероприятиях, необходимых для сокращения уровня преждевременной смертности и улучшения воспроизводства населения в стране в целом и в ее регионах в частности.

Ключевые слова: население, смертность, преждевременная смертность, проблемы, мероприятия.

Смертність населення України в останні роки є в центрі уваги демографів, соціологів, економістів і управлінців. І це не дивно. Адже, саме вона визначає природний приріст, тривалість життя і зумовлює зростання витрат на поліпшення здоров'я і відтворення населення.

Проблеми смертності населення України вивчаються перманентно і всебічно. Так, Гунченко О.О. досліджує захворюваність й смертність населення України в часовому й просторовому зрізах [1], Красовский К. намагається відповісти на питання, чому в Україні вимирають люди середнього віку [3], Лібанова Е.М. окреслює новітні тенденції смертності населення України [4] та розглядає питання смертності населення України у трудоактивному віці [11], Рингач Н.О. висвітлює погляди на проблему передчасної смертності населення України крізь призму національної безпеки [7; 8], Семенюк О.А. концентрує увагу на причинах передчасної смертності та заходах щодо запобігання їй [9], Цвігун І.А. вивчає смертність населення України з огляду на її соціально-економічні наслідки [12]. Безумовно, вивчаються і основні причини високого рівня смертності в Україні [6]. Але, з плином часу з'являються нові фактори, проблеми, соціально-економічні наслідки смертності населення в Україні. Саме тому дослідження смертності населення України є перманентно актуальним завданням. У контексті сказаного й ця стаття є актуальною, потрібною, своєчасною.

Як зазначає О.А.Семенюк, посилаючись на праці таких відомих вчених, як Возіанов О.Ф. (2007), Лібанова Е.М. (2007), С.І. Пирожков (2007), головною передумовою стрімкого скорочення чисельності населення України протягом двох останніх десятиліть є суттєве переважання смертності над народжуваністю [9]. Такий висновок підтверджується статистичними даними (табл.1).

Таблиця 1

Кількість народжених, померлих і природний приріст населення України*

Роки	Кількість народжених, тис. Осіб	Частка дітей народжених жінками, які не перебували у зареєстрованому шлюбі, %	Кількість померлих, тис. осіб	Природний приріст населення, тис. осіб	Міграційний приріст населення тис. осіб
1990	657,2	11,2	629,6	27,6	78,3
1991	630,8	11,9	669,9	-39,1	151,3
1992	596,8	12,1	697,1	-100,3	287,8
1993	557,5	13,0	741,7	-184,2	54,5
1994	521,6	12,8	764,7	-243,1	-142,9
1995	492,9	13,2	792,6	-299,7	-131,6
1996	467,2	13,6	776,7	-309,5	-169,2
1997	442,6	15,2	754,2	-311,6	-136,0
1998	419,2	16,2	719,9	-300,7	-152,0
1999	389,2	17,4	739,2	-350,0	-138,3
2000	385,1	17,3	758,1	-373,0	-133,6
2001	376,5	18,0	746,0	-369,5	-152,2
2002	390,7	19,0	754,9	-364,2	-33,8

2003	408,6	19,9	765,4	-356,8	-24,2
2004	427,3	20,4	761,3	-334,0	-7,6
2005	426,1	21,4	782,0	-355,9	4,6
2006	460,4	21,1	758,1	-297,7	14,2
2007	472,7	21,4	762,9	-290,2	16,8
2008	510,6	20,9	754,5	-243,9	14,9
2009	512,5	21,2	706,7	-194,2	13,4
2010	497,7	21,9	698,2	-200,5	16,1
2011	502,6	21,9	664,6	-162,0	17,1
2012	520,7	21,4	663,1	-142,4	61,8
2013	503,7	22,1	662,4	-158,7	31,9

*Джерело: [2].

Дані таблиці 1 засвідчують, що у 2013 році в Україні кількість померлих становила 662,4 тис.осіб, що на 33,8 тис.осіб більше, ніж у 1990 році (629, 6 тис.осіб). На перший погляд таке збільшення ніби й не дуже велике. Але, якщо взяти до уваги, що за період 1990-2013 рр. чисельність постійного населення країни зменшилась аж на 6,3 млн.осіб (табл.2), то, безумовно, наведені показники викликають тривогу.

Таблиця 2

Населення**

(на 1 січня; тис. осіб)

Роки	Кількість наявного населення			Кількість постійного населення		
	всього	у тому числі		всього	у тому числі	
		міське	сільське		чоловіки	жінки
1990	51838,5	34869,2	16969,3	51556,5	23826,2	27730,3
1991	51944,4	35085,2	16859,2	51623,5	23886,5	27737,0
1992	52056,6	35296,9	16759,7	51708,2	23949,4	27758,8
1993	52244,1	35471,0	16773,1	51870,4	24046,3	27824,1
1994	52114,4	35400,7	16713,7	51715,4	23981,1	27734,3
1995	51728,4	35118,8	16609,6	51300,4	23792,3	27508,1
1996	51297,1	34767,9	16529,2	50874,1	23591,6	27282,5
1997	50818,4	34387,5	16430,9	50400,0	23366,2	27033,8
1998	50370,8	34048,2	16322,6	49973,5	23163,5	26810,0
1999	49918,1	33702,1	16216,0	49544,8	22963,4	26581,4
2000	49429,8	33338,6	16091,2	49115,0	22754,7	26360,3
2001	48923,2	32951,7	15971,5	48663,6	22530,4	26133,2
2002*	48457,1	32574,4	15882,7	48240,9	22316,3	25924,6
2003	48003,5	32328,4	15675,1	47823,1	22112,5	25710,6
2004	47622,4	32146,4	15476,0	47442,1	21926,8	25515,3
2005	47280,8	32009,3	15271,5	47100,5	21754,0	25346,5
2006	46929,5	31877,7	15051,8	46749,2	21574,7	25174,5
2007	46646,0	31777,4	14868,6	46465,7	21434,7	25031,0
2008	46372,7	31668,8	14703,9	46192,3	21297,7	24894,6
2009	46143,7	31587,2	14556,5	45963,4	21185,0	24778,4
2010	45962,9	31524,8	14438,1	45782,6	21107,1	24675,5
2011	45778,5	31441,6	14336,9	45598,2	21032,6	24565,6
2012	45633,6	31380,9	14252,7	45453,3	20976,7	24476,6
2013	45553,0	31378,6	14174,4	45372,7	20962,7	24410,0
2014	45426,2	31336,6	14089,6	45245,9	20918,3	24327,6

* За даними Всеукраїнського перепису населення станом на 5 грудня 2001 року.

** Джерело: [2].

За період з 1990 по 2013 роки рівень смертності в Україні утримується на дуже високому, порівняно з іншими європейськими країнами, рівні – 12,1 -14,6 осіб на 1000 мешканців (табл.3).

Таблиця 3

Рівень народжуваності, смертності і природного приросту*

(на 1000 наявного населення)

Роки	Кількість народжених	Кількість померлих	Природний приріст (скорочення)	Смертність дітей у віці до 1 року*
1990	12,6	12,1	0,5	12,8
1991	12,1	12,9	-0,8	13,9
1992	11,4	13,4	-2,0	14,0
1993	10,7	14,2	-3,5	14,9
1994	10,0	14,7	-4,7	14,5
1995	9,6	15,4	-5,8	14,7
1996	9,2	15,2	-6,0	14,3
1997	8,7	14,9	-6,2	14,0
1998	8,4	14,4	-6,0	12,8
1999	7,8	14,9	-7,1	12,8
2000	7,8	15,4	-7,6	11,9
2001	7,7	15,3	-7,6	11,3
2002	8,1	15,7	-7,6	10,3
2003	8,5	16,0	-7,5	9,6
2004	9,0	16,0	-7,0	9,5
2005	9,0	16,6	-7,6	10,0
2006	9,8	16,2	-6,4	9,8
2007	10,2	16,4	-6,2	11,0
2008	11,0	16,3	-5,3	10,0
2009	11,1	15,3	-4,2	9,4
2010	10,8	15,2	-4,4	9,1
2011	11,0	14,5	-3,5	9,0
2012	11,4	14,5	-3,1	8,4
2013	11,1	14,6	-3,5	8,0

* На 1000 народжених живими

** Джерело: [2].

Високі показники рівня смертності негативно впливають на тривалість життя населення (табл.4).

Таблиця 4

Тривалість життя населення**

(років)

Період, за який розраховані показники (роки*)	Середня очікувана тривалість життя при народженні		
	обидві статі	чоловіки	жінки
1991-1992	69,30	64,20	74,18
1992-1993	68,67	63,50	73,70
1993-1994	67,98	62,78	73,15
1994-1995	67,22	61,82	72,72

1995-1996	66,93	61,40	72,65
1996-1997	67,36	61,91	72,95
1997-1998	68,08	62,74	73,50
1998-1999	68,32	62,95	73,74
1999-2000	67,91	62,44	73,55
2000-2001	68,33	62,77	74,08
2001-2002	68,32	62,70	74,13
2002-2003	68,24	62,64	74,06
2003-2004	68,22	62,60	74,05
2004-2005	67,96	62,23	73,97
2005-2006	68,10	62,38	74,06
2006-2007	68,25	62,51	74,22
2007-2008	68,27	62,51	74,28
2008-2009	69,29	63,79	74,86
2009-2010	70,44	65,28	75,50
2011	71,02	65,98	75,88
2012	71,15	66,11	76,02
2013	71,37	66,34	76,22

*До 2011 року розрахунок проводився за два суміжні роки, з 2011 року – за один календарний рік.

**Джерело: [2].

Дослідники зазначають, що в Україні люди живуть на 10 років менше, ніж жителі Європейського Союзу і багатьох країн СНД. Україна посідає 150-е місце серед 223-х країн світу за показником середньої тривалості життя [10].

У ряді досліджень відзначається, що особливо високою є смертність чоловіків працездатного віку, яка перевищує аналогічний показник навіть у країнах, де валовий національний продукт у 4–6 разів нижче, ніж в Україні [10].

В Україні найбільше людей помирає від хвороб системи кровообігу (табл.5). Рівень смертності населення від цих недуг є одним з найвищих у світі.

Таблиця 5

Розподіл померлих за причинами смерті**

(тис.осіб)

Роки	Всього померлих	з них від:					
		хвороб системи кровообігу	новоутворень	зовнішніх причин смерті	хвороб органів травлення	хвороб органів дихання	деяких інфекційних та паразитарних хвороб
2005*	782,0	488,8	91,8	70,0	31,7	28,0	17,2
2006	758,1	480,8	90,4	64,6	30,2	24,7	16,3
2007	762,9	480,6	90,0	66,0	33,6	25,1	16,8
2008	754,5	480,1	89,0	61,4	35,2	23,3	17,3
2009	706,7	460,6	88,6	48,9	30,1	21,1	15,1
2010	698,2	465,1	88,8	44,0	26,8	19,5	14,6
2011	664,6	440,3	89,0	42,4	25,2	17,9	14,1
2012	663,1	436,4	92,9	41,7	27,7	17,1	13,9
2013	662,4	440,4	92,3	40,3	28,0	16,5	12,9

* Починаючи з 2005р. розробка причин смерті проводиться відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду.

**Джерело: [2].

Як зазначає О.А.Семенюк, соціально-економічними наслідками передчасної смертності та надсмертності чоловіків є не лише зменшення років потенційного життя та збільшення величини безповоротних втрат унаслідок смерті, а й зниження трудового потенціалу, деформація статево-вікової структури населення, що негативно відображаються на відтворенні населення, призводить до значних економічних збитків [9].

У дослідженнях Міністерства охорони здоров'я відзначається, що сучасна ситуація зі смертністю неблагополучна як для міського, так і для сільського населення. Сучасний рівень смертності в Україні має суттєві регіональні відмінності: у 2012 р. величина загального коефіцієнта смертності коливалася від 9,8% (м. Київ) до 18,6% (Чернігівська обл.), наголошують у відомстві. Нижчий рівень загальної смертності спостерігається у західній частині України (11,8–13,8%), найвищий – у північних областях (16,6–18,6%). Значною мірою такі коливання пояснюються дією структурного (вікового) чинника. Так, у західних областях відносно молода вікова структура населення змінює загальний показник смертності у бік зменшення, а в областях зі старою віковою структурою (на півночі і в центрі нашої країни) – в бік підвищення [5].

При цьому експерти МОЗ підкреслюють, що відносно сприятливою на загальноукраїнському тлі, як вже зазначалось, є ситуація зі смертністю у західному регіоні, де при нижчій порівняно з іншими територіями інтенсивності вимирання зберігаються більш сприятливі співвідношення смертності чоловіків і жінок, міського та сільського населення. Населення центральних і північних областей, потерпаючи від аномально високого рівня демографічної старості, при відносно сприятливих показниках інтенсивності вимирання порівняно зі сходом та півднем, характеризується найбільшою розбалансованістю загальних та стандартизованих показників смертності. Крім того, на півночі спостерігаються найсуттєвіші диспропорції смертності за статтю [5].

Особливо гострою в Україні є проблема передчасної смертності та смертності населення у працездатному віці.

Все сказане вище підтверджує необхідність нагальної розробки низки заходів, спрямованих на зменшення рівня смертності в Україні. Ми погоджуємося з О.А.Семенюком, який вважає, що впровадження заходів щодо запобігання передчасній смертності має базуватися на основі постійного моніторингу медико-демографічних показників конкретної адміністративної території [9].

Крім того, О.А.Семенюк вважає, що з метою реалізації стратегії запобігання передчасній смертності населення регіону доцільним є створення координаційних міжсекторальних рад з питань демографічного розвитку та цільове фінансування профілактичного напрямку діяльності закладів охорони здоров'я, перш за все, ланки первинної медико-санітарної допомоги [9].

На нашу думку, дуже важливо розробити виважену регіональну медико-соціальну політику, в складі якої мають бути продумані заходи, спрямовані на зниження рівня смертності населення країни та її регіонів. При розробці такої політики слід опиратися на виділені МОЗ регіони: до територій з високим рівнем смертності у всіх вікових групах віднесено 8 областей (Чернігівську, Сумську, Кіровоградську, Полтавську, Житомирську, Донецьку, Черкаську і Луганську); до територій із найсприятливішою ситуацією щодо смертності - м.Київ та Львівську область, де рівні смертності у всіх вікових групах є однаково низькими, до територій з найсуттєвішими статевими відмінностями смертності у похилому віці - Донецьку, Запорізьку, Херсонську, Рівненську та Закарпатську області [5].

Підсумовуючи наголосимо, що проблеми смертності населення України є різнопланові і надзвичайно гострі. Вони потребують пильної уваги і подальшого поглибленого вивчення.

Адже, в наш час ці проблеми є реальною загрозою національній безпеці України [8]. Від розв'язання цих проблем залежить соціально-економічний стан країни та її регіонів.

Ось чому вирішення проблем, пов'язаних із смертністю населення, не можна відкладати на потім. Їх розв'язання – це не тільки відтворення генофонду нації, але це, насамперед, збереження держави «Україна».

ЛІТЕРАТУРА

1. Гунченко О. О. Захворюваність та смертність населення України: динаміка та регіональний аспект [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://geopolitika.crimea.edu/arhiv/2014/tom10-v-2/091gunchen.pdf>
2. Державна служба статистики України: офіційний сайт. – Режим доступу: www.ukrstat.gov.ua/
3. Красовский К. Почему в Украине умирают люди среднего возраста? [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.acid.org.ua/sirpatip/periodicals/anti/anti-18.htm>
4. Лібанова Е.М. Новітні тенденції смертності населення України [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/11667/02-Libanova.pdf>
5. МОЗ: Показники смертності в Україні – на надвисокому рівні [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.unian.ua/society/788499-moz-pokazniki-smertnosti-v-ukrajini-na-nadvisokomu-rivni.html>
6. Основні причини високого рівня смертності в Україні. — К.: ВЕРСО-04 – 2010. – 60 с.
7. Рингач Н.О. Погляд на проблему передчасної смертності населення України крізь призму національної безпеки // Стратегічні пріоритети. – 2008. - №1(6). – С.102-111. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://old.niss.gov.ua/book/StrPryor/6/15.pdf>
8. Рингач Н. О. Передчасна смертність як загроза національній безпеці України // Охорона здоров'я в Україні. – 2007. – № 1 (25). – С. 29-30.
9. Семенюк О. А. Причини передчасної смертності та заходи щодо запобігання їй // Український медичний часопис. – 2011. - №6 (86) XI – XII [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/20664/>
10. Смертність в Україні більш ніж удвічі перевищує європейську // Українська правда від 5.11.2011 [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.pravda.com.ua/news/2011/11/5/6732728/view_print/
11. Смертність населення України у трудоактивному віці (монографія) / Відпов. ред. Е. М. Лібанова. — К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. — 211 с.
12. Цвігун І.А. Смертність населення України та її соціально-економічні наслідки // Вісник Хмельницького національного університету 2010. - № 2. - Т. 3 «Економічні науки». – С.160-164.

ХРОНІКА

Ю.М. ПАНИШКО,
І.О. ФІЛЬЧАГОВА, О.М. ЦИМБАЛА

ДЕЯКІ ВИЗНАЧНІ І ПАМ'ЯТНІ ДАТИ ЖОВТНЯ

3 листопада – трагічна дата в житті українського народу. У 1937 р. в Карельському урочищі Сандармох “з нагоди двадцятої річниці Великої Жовтневої соціалістичної революції” було знищено близько 1200 представників еліти української нації. Всього ж за 15 місяців масового терору в 1937-1938 рр. в СРСР були кинуті до в'язниці або депортовані понад 2 млн. осіб, з них – 682000 розстріляно.

12 листопада – Всесвітній день боротьби з пневмонією (World Pneumonia Day), з'явився в календарі завдяки Глобальній коаліції проти дитячої пневмонії. Так називається об'єднання міжнародних, урядових, неурядових та місцевих організацій, науково-дослідних і навчальних інститутів, фондів і громадян-активістів. Коаліція прагне залучити до проблеми пневмонії увагу державних діячів, фахівців охорони здоров'я та потенційних донорів.

Одним з інструментів, що допомагають досягненню цієї мети, став Всесвітній день боротьби з пневмонією. У цей день установи охорони здоров'я організовують профілактичні заходи, проводять медичні огляди. Крім того, безліч волонтерів розповідають людям про пневмонії і сполучених з нею ризиками, роздають інформаційні листівки та буклети.

У 2009 році Всесвітня організація охорони здоров'я спільно з ЮНІСЕФ оголосили «Глобальний план дій по профілактиці пневмонії і боротьбі з нею». Мета цього плану – активізація боротьби з пневмонією за допомогою комбінованих заходів щодо захисту дітей, профілактики та лікування хвороби.

Саме діти страждають від пневмонії в першу чергу. Це захворювання є головною причиною смертності неповнолітніх у всьому світі. Щорічно воно забирає життя 1,4 мільйона дітей у віці до п'яти років. Це більше, ніж СНІД, малярія і кір разом узяті.

Пневмонія поширена повсюдно, але найбільше від неї страждають діти в Південній Азії і в Африці. Втім, цю хворобу можна попередити за допомогою досить простих заходів, наприклад імунізації і гарного харчування. Тому особливо важливо періодично нагадувати світові про пневмонії і спонукати людей до дій. Здатних зупинити хворобу: до поширення інформації, до взаємодії з органами влади, до пожертвувань на імунізацію.

13 листопада відзначається **Міжнародний день сліпих**. 13 листопада 1745 р. у Франції народився Валентин Гаюї – відомий педагог, що заснував в Парижі і Петербурзі декілька шкіл і підприємств для сліпих. За рішенням Всесвітньої організації охорони здоров'я саме ця подія лягло в основу вибору дати Міжнародного дня сліпих.

До XVIII століття світ не знав навчальних закладів для сліпих. Основна маса сліпих - жебраки, тільки невелика кількість з них є об'єктом опіки з боку церкви та держави. Відповідно, не існувало ні теорії, ні досвіду залучення незрячих до систематичних знань і до суспільно-корисної праці. Проте і серед сліпих з давніх часів були відомі люди, які своїми здібностями в найрізноманітніших сферах людської діяльності змогли досягти високих результатів інтелектуального розвитку. Історично відомо: сліпий давньогрецький філософ Дідім Олександрійський (308-395 рр.) на початку першого тисячоліття винайшов спеціальний спосіб письма для незрячих: на покритих воском дощечках, тонкої паличкою він писав текст і вільно розрізняв ці написи за допомогою дотику.

14 листопада - **Всесвітній день боротьби з діабетом** (World Diabetes Day) був введений в 1991 році Міжнародною діабетичною федерацією (International Diabetes Federation) і Всесвітньою організацією охорони здоров'я (World Health Organization) у відповідь на загрозу зростання захворювання на діабет у всьому світі.

У січні 1922 року молодий канадський вчений Фредерік Бантінг (Frederick Banting) вперше в історії врятував життя, зробивши ін'єкцію інсуліну 14-річному хлопчикові, що страждав важкою ювенільною формою цукрового діабету. Замість того, щоб отримати патент на інсулін і згодом казково розбагатіти, Бантінг передає всі права Торонтському університету. Надалі права на виробництво інсуліну перейшли до Канадської ради з медичних досліджень, і в кінці 1922 року новий препарат з'явився на ринку ліків.

З 2007 року Всесвітній день боротьби з діабетом проводиться під егідою ООН. 14 листопада було вибрано в зв'язку з тим, щоб увічнити заслуги Ф. Бантінга, який народився 14 листопада 1891 року.

Довгі століття люди не знали засобів для боротьби з цією хворобою, і діагноз «цукровий діабет» не залишав пацієнтові ніякої надії не тільки на одужання, але і на життя: без інсуліну – цього гормону, що забезпечує засвоєння тканинами глюкози, хворий організм існувати не може і приречений на повільне згасання.

Відкриття Фредеріка Бантінга і його колеги Чарльза Беста (Charles Best) врятувало життя мільйонам людей. І хоча цукровий діабет і до цього дня невиліковний, завдяки інсуліну люди навчилися тримати цю хворобу під контролем.

У 1923 р. визнаючи перші великі досягнення ХХ ст. в області біохімії і медицини. Бантінгу і Маклеоду (Macleod) була присуджена Нобелівська премія. Заслуги Беста були проігноровані, що надзвичайно зачепило Бантінга, і він добровільно вручив половину своєї Нобелівської премії Бесту.

У жовтні 1989 року була прийнята Сент-Вінсентська декларація щодо покращення якості допомоги особам з цукровим діабетом і розроблена програма її реалізації в Європі. Подібні програми існують у більшості країн світу.

Тривалість життя пацієнтів збільшилась, вони перестали помирати безпосередньо від цукрового діабету. Успіхи діабетології останніх десятиліть дозволяють оптимістично дивитися на вирішення проблем, спричинених діабетом.

У жовтні 2005 р., згідно з резолюцією Генеральної Асамблеї ООН, **третьою неділю листопада оголошено Всесвітнім днем пам'яті жертв дорожньо-транспортних аварій.** Це міжнародне подія покликана привернути увагу всіх людей планети до сумного факту: у всьому світі в результаті дорожньо-транспортних пригод щодня гине більше трьох тисяч чоловік! Близько отримують серйозні травми. Велика частина із загиблих і постраждалих – молодь. Мета Всесвітнього дня пам'яті жертв дорожньо-транспортних аварій полягає в тому, щоб вшанувати пам'ять жертв дорожньо-транспортних пригод та висловити співчуття членам їх сімей, а також ще раз нагадати урядам держав та відповідальним організаціям про необхідність забезпечити безпеку дорожнього руху для всіх громадян. За даними ООН, щороку дорожньо-транспортні пригоди забирають 1300000 життів. Ще від 20 до 50 мільйонів людей одержують різного роду травми. Більше 50% всіх смертельних результатів внаслідок дорожньо-транспортних пригод припадає на вікову групу від 15 до 44 років.

За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2020 року травматизм в результаті дорожніх аварій може стати третьою основною причиною загибелі або каліцтва.

Генеральна Асамблея ООН навесні цього року проголосила перше «Десятиріччя боротьби за безпеку на шляхах протягом 2011-2020 років», метою якого є зниження кількості випадків смертей та травмувань внаслідок дорожньо-транспортних пригод в усьому світі. Країни за цей період мають позбутись п'яти головних факторів ризику, таких як невикористання ременів безпеки та дитячих утримуючих пристосувань, захисних шоломів, вживання алкоголю водіями транспортних засобів, перевищення швидкості, відсутність належної шляхової інфраструктури. Особливу увагу належить приділити потребам найбільш уразливих груп учасників дорожнього руху. Витрати країн у зв'язку з ДТП становлять близько 4% від їх валового національного продукту. Вірогідність смерті під час ДТП можливо знизити при правильному використанні ременів безпеки – на 60%, при обов'язковому використанні спеціальних сидінь для дітей – на 35%. Шоломи дозволяють уникнути смертельних і тяжких травм голови на 45%. Виконання законів, регулюючих вживання водіями алкогольних напоїв, дає змогу зменшити кількість ДТП з цієї причини на 20%. При зниженні середньої швидкості руху на 1 км/годину аварій стає на 2% менше. Впровадження простих і низькозатратних інженерних заходів на шляхах дозволяє врятувати від загибелі тисячі людей.

16 листопада 1784 р. відбулося урочисте відкриття медичного факультету у складі відновленого згідно з патентом Імператора Йозефа II Львівського університету. Відкриття Університету відбулося в приміщенні колишнього монастиря ордену Тринітаріїв, який був розміщений між нинішніми вулицями Театральною та Краківською. До Університету відійшов також костел ордену Тринітаріїв, на фундаментах якого згодом було побудовано нині діючу Преображенську церкву. Для навчання студентів медичного факультету було створено великий анатомічний музей, хімічну лабораторію та університетську бібліотеку. Клінічною базою медичного факультету служив госпіталь Св. Лазаря (нині вул. Коперніка), в якому практикував протомедик Галичини, керівник Львівського медичного колегіуму Андреас Крупіньскі.

17 листопада – Всесвітній день боротьби проти хронічної обструктивної хвороби легень (World Chronic Obstructive Pulmonary Disease Day) відзначається з ініціативи Всесвітньої організації

охорони здоров'я (ВООЗ). Хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ) – загальна назва для ряду захворювань, при яких спостерігається стійке порушення руху повітряного потоку з легких. Використовувані спочатку терміни «хронічний бронхіт» та «емфізема» більше не вживаються, вони включені в поняття ХОЗЛ.

За оцінками ВООЗ, хронічними обструктивними захворюваннями легень страждають 210 мільйонів чоловік. Майже 90% випадків смерті від ХОЗЛ відбувається в країнах з низьким і середнім рівнем доходу.

Основні причини розвитку хвороби – тютюновий дим, забруднення повітря, контакт з випарами хімічних речовин. ХОЗЛ невиліковна, але правильне лікування дозволяє уповільнити розвиток хвороби. За прогнозами лікарів, якщо найближчим часом не будуть вжиті заходи з профілактики цього захворювання, загальна смертність від ХОЗЛ за десять років зросте більш ніж на 30%.

У рамках Всесвітнього дня боротьби проти хронічної обструктивної хвороби легень робляться глобальні кроки щодо підвищення обізнаності про ХОЗЛ і поліпшенню допомоги пацієнтам. У цей день у всьому світі фахівці охорони здоров'я проводять медичні обстеження, профілактичні та інформаційні заходи. Одне з важливих місць займають різні акції, спрямовані на боротьбу з курінням. На сьогоднішній день ХОЗЛ посідає четверте місце за рівнем смертності на нашій планеті. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 50 мільйонів людей у світі живуть з цим захворюванням, і майже 3 мільйони щороку вмирають з його вини. Згідно з прогнозами, до 2030 року – хвороба стане третьою причиною смерті у світі. За статистикою, ХОЗЛ страждають від 1% до 6% населення України.

Недавні дослідження показали, що від 25% до 50% людей з клінічно значущим ХОЗЛ не знають про свою хворобу. Тим не менш, наявність у людини ХОЗЛ визначається простим дихальним тестом – спірометрією.

ХОЗЛ – це захворювання, якому притаманне порушення циркуляції повітряного потоку в легенях і, як наслідок, зниження функції легенів. У 80% випадків причиною стає куріння, а також забруднення повітря, вплив хімічних речовин і пилу. Основними проявами хвороби є хронічний кашель, відходження мокроти і задишка, яка посилюється при фізичному навантаженні. Раннє виявлення ХОЗЛ дає можливість запобігти подальшому погіршенню функції легень. Сьогодні існує адекватна терапія, яка може допомогти людям на всіх етапах хвороби відчувати себе краще і жити більш активним життям. А завдяки ряду соціальних ініціатив, пацієнти в Україні мають можливість отримати вичерпну інформацію про захворювання і доступ до сучасних лікарських засобів.

Так, вже 5 років в Україні працює соціальна програма «Оранж Кард», створена для підвищення доступності сучасних ефективних лікарських засобів для терапії хронічних захворювань, у тому числі ХОЗЛ.

Щорічно в **третій четвер листопада** в більшості країн світу відзначається **Міжнародний день відмови від куріння** (No smoking Day). Він був встановлений Американським онкологічним товариством (American Cancer Society) в 1977 р.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я:

- у світі 90% смертей від раку легенів, 75% – від хронічного бронхіту і 25% – від ішемічної хвороби серця, обумовленої палінням;
- кожні десять секунд на планеті вмирає один запеклий курець (до 2020 року цей рівень може підвищитися до однієї людини за три секунди);
- в Росії курить мінімум кожна десята жінка;
- завзятими курцями сьогодні можна назвати 50-60% російських чоловіків (серед деяких категорій громадян ця цифра досягає 95%).
- куріння і викликані їм захворювання щорічно стають причиною смерті не менш, ніж мільйон громадян Росії.

Мета Міжнародного дня відмови від куріння – сприяти зниженню поширеності тютюнової залежності, залучення до боротьби проти куріння всіх верств населення і лікарів усіх спеціальностей, профілактика тютюнопаління та інформування суспільства про згубний вплив тютюну на здоров'я.

Куріння вважають шкідливою звичкою 47% з числа опитаних городян, залежністю – 38%, невиліковною хворобою – 9%, не змогли визначити свого ставлення до куріння – 6% респондентів.

22 листопада – в Україні відзначається загальнонаціональна хвилина мовчання та акція **“Запали свічку пам'яті”**, присвячена вшануванню пам'яті жертв Голодомору 1932-1933 рр. Рівно о 16.00 год. – загальнонаціональна хвилина мовчання. Пам'ятні заходи відбудуться у 32 країнах світу.

**В листопаді 2014 р. відзначають свої ювілеї люди,
які причетні до охорони здоров'я**

ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:

40 річчям

**Щурук Надію Василівну
Баб'яка Володимира Івановича**

45 річчям

**Демчук Інну Леонідівну
Шахову Олену Вікторівну
Отпущеннікова Ігора Анатолійовича**

50 річчям

**Шалько Ірину Володимирівну
Бордовського Лева Володимировича
Трояновську Ольгу Орестівну**

55 річчям

**Дедишин Любов Петрівну
Прокопів Олександрю Володимирівну**

60 річчям

**Мар'єнко Лідію Борисівну
Лозицького Ігора Вікторовича
Буру-Ярошевич Ларису Федорівну
Терлецьку Ларису Михайлівну**

85 річчям

Владзімірську Олену Василівну

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

Редколегія

Хроніка листопада. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

1 листопада – 145 років від дня народження **Олександра Васильовича Леонтовича**, фізіолога. У 1893 р. закінчив Київський університет. У 1898-1913 рр. – викладач сільськогосподарського відділення Київського політехнічного інституту. У 1900 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Новые данные о каждом чувстве”. У Відні і Ростокі знайомився з фізіологічними лабораторіями. Від 1913 р. – завідувач кафедри фізіології Московського сільськогосподарського інституту. У 1929 р. був обраний академіком ВУАН. Від 1936 р. – завідувач відділу Інституту клінічної фізіології АН УРСР. В 1939 р. отримав почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки УРСР”. Основні наукові роботи присвячені фізіології і гістології вегетативної нервової системи. Розробив оригінальний метод фарбування метиленовим синім і фіксації нервових структур, за допомогою якого виявив автономне периферичне нервове сплетення (“сплетення Леонтовича”). Був одним із авторів підручника для ВНЗ “Вариационная статистика” (1938). Висунув гіпотезу про нейрон як джерело змінного електричного струму, розробляв питання регенерації нервової системи. Помер у Москві 15 грудня 1943 р. на 75 році життя.

1 листопада – 70 років від дня народження **Івана Олександровича Баклицького**, психолога. У 1975 р. закінчив філософський факультет Київського університету. У 1976-1985 рр. молодший науковий співробітник Львівського відділення Інституту економіки; у 1985-1993 рр. – асистент кафедри педагогіки та психології ЛДУ; в 1993-1994 рр. – доцент кафедри; у 1996-2000 рр. – завідувач кафедри, одночасно, в 1994-1996 рр. заступник декана філософського факультету Львівського університету. Наукові інтереси пов'язані з проблемою формування особистості фахівця-психолога, психологічної діагностики, консультуванням та психологією здоров'я. Автор близько 75 праць.

3 листопада – 120 років від дня народження **Андрія Романовича Шуринка**, лікаря-хірурга. У 1925 р. закінчив Київський медичний інститут. Під час німецько-радянської війни 1941-1945 рр. – військовий хірург. Нагороджений орденами і медалями СРСР. У 1953-1968 рр. завідувач кафедри хірургії й ортопедії дитячого віку. У 1955 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Методика исследования болевых признаков у детей при хронических аппендицитах и её анатомо-физиологическое обоснование”. Автор понад 60 праць, присвячених хірургії шлунково-кишкового тракту, гнійно-септичним захворюванням, вродженим вадам розвитку. Отримав вчене звання професора і почесне звання “Заслуженого діяча науки і техніки УРСР”. У 1968 р. – професор-консультант кафедри. Помер 14 січня 1969 р. на 75 році життя.

4 листопада – 110 років від дня народження **Михайла Федоровича Камаєва**, хірурга. Народився в м. Осколець (Росія). У 1928 р. закінчив медичний факультет Воронежського університету. У 1928-1934 рр. працював завідувачем дільничної лікарні с. Знаменське Воронежської області. У 1934-1937 рр. – завідувач хірургічного відділу, головний лікар Усманської лікарні Воронежської області; у 1937-1941 рр. – асистент кафедри пропедевтичної хірургії Воронежського медичного інституту. У 1941-1945 рр. – військовий лікар у діючій армії; у 1945-1946 рр. – асистент кафедри факультетської хірургії Одеського медичного інституту. В 1940 р. захистив кандидатську дисертацію, в 1946 р. отримав вчене звання доцента. У 1946-1954 рр. – доцент кафедри. У 1954 р. захистив докторську дисертацію. У 1954-1960 рр. – завідувач кафедри факультетської хірургії Дніпропетровського медичного інституту; у 1960-1973 рр. – завідувач кафедри факультетської хірургії педіатричного і стоматологічного факультету Львівського медичного інституту; у 1973-1985 рр. – професор кафедри. Наукові дослідження пов'язані з проблемами раневої інфекції, пластичною хірургією та хірургією органів черевної порожнини. М.Ф. Камаєв був автором близько 160 наукових і навчально-методичних праць, в т.ч. 2 монографій. Підготував 13 кандидатів та 3 докторів наук. Помер у Львові у 1985 р. на 81 р. життя.

6 листопада – 90 років від дня народження **Анатолія Миколайовича Зелінського**, організатора охорони здоров'я. Учасник німецько-радянської війни 1941-1945 рр. Нагороджений орденами і медалями СРСР. У 1950 р. закінчив Вінницький медичний інститут. У 1965 р. захистив кандидатську дисертацію. У 1970-1987 рр. перший заступник міністра охорони здоров'я УРСР. У 1973 р. отримав вчене звання доцента. Заслужений лікар УРСР, завідувач кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. Наукові праці присвячені організації лікувально-профілактичної допомоги населенню, підготовці керівних кадрів охорони здоров'я.

7 листопада – 130 років від дня народження **Михайла Васильовича Птухи**, українського вченого. Народився в м. Остер (тепер Козелецького р-ну Чернігівської області). У 1910 р. закінчив юридичний факультет Петербурзького університету. Вдосконалював свої знання в Берліні та Лондоні. Створив у Києві Інститут демографії в складі ВУАН (1919). Керував інститутом у 1919-1938 рр. Організував статистичні дослідження населення України, розробив низку нових методів аналізу смертності та шлюбності, працював у галузі вивчення демографічних перспектив республіки. У 1919-1938 рр. – секретар Соціально-екологічного відділення ВУАН. Обраний академіком ВУАН у 1920 р. У 1929 р. обраний дійсним членом Міжнародного статистичного інституту. Автор (співавтор) понад 1200 праць. Після закриття Демографічного інституту у 1938 р. був арештований (1940) і ув'язнений на 2 роки. У 1945-1950 рр. – голова відділення суспільних наук і член Президії АН УРСР. Нагороджений орденами і медалями СРСР. Помер 3 жовтня 1961 р., проживши майже 77 років.

8 листопада – 65 років від дня народження **Анатолія Миколайовича Морозова**, нейрохірурга. У 1972 р. закінчив Вінницький медичний інститут. У 1994 р. отримав почесне звання “Заслужений лікар України”. У 1999 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Клініко-епідеміологічні особливості гострої черепно-мозкової травми і підвищення ефективності спеціалізованої нейрохірургічної допомоги в Україні”. У 2000 р. отримав вчене звання професора кафедри нейрохірургії.

9 листопада – 65 років від дня народження **Михайла Бобинця**. Народився в Закарпатській області в селянській родині. Закінчив Міжгірське медичне училище у 1969 р., два роки служив в лавах РА, поступив на медичний факультет Ужгородського університету. Отримав диплом лікаря-невропатолога, працював викладачем Міжгірського медичного училища і лікарем ЦРЛ. Навчався в клінічній ординатурі при кафедрі неврології №2 КІУЛ (1984-1986), отримав сертифікат лікаря-невропатолога вищої кваліфікаційної категорії. Працював в Мукачеві. Від 2004 р. – Голова Українського лікарського товариства Словаччини.

10 листопада – 110 років від дня народження **Терентія Яковича Калініченка**, акушера-гінеколога. У 1934 р. закінчив Харківський медичний інститут. У 1936 р. працював директором Харківського фармацевтичного інституту. У 1938-1945 рр. працював заступником наркома охорони здоров'я УРСР. У 1941 р. захистив кандидатську дисертацію. Працював асистентом кафедри акушерства і гінекології. У 1945 р. отримав вчене звання доцента. Обраний завідувачем кафедри акушерства і гінекології. У 1945-1953 рр. – директор Київського медичного інституту, у 1953-1961 рр. – завідувач кафедри акушерства і гінекології №2. Автор близько 70 наукових праць, присвячених проблемам безпліддя у жінок, застосуванню гормонів в акушерстві та гінекології. Нагороджений орденами і медалями СРСР. Помер 10 жовтня 1961 р. на 57 році життя.

10 листопада – 75 років від дня народження **Валентини Олександрівни Калібабчук**, хіміка. У 1961 р. закінчила хімічний факультет Київського державного університету ім. Т.Г.Шевченка. У 1961-1970 рр. працювала в Інституті фізичної хімії ім. Л.В. Писаржевського АН УРСР: інженер, молодший науковий співробітник. У 1970-1985 рр. – доцент Київського вечірнього факультету Українського поліграфічного інституту ім. Івана Федорова. У 1983 р. захистила докторську дисертацію. У 1985-1990 рр. – професор кафедри неорганічної хімії Київського університету ім. Т.Г. Шевченка. Від 1991 р. – завідувач кафедри загальної хімії. Від 1995 р. – академік АН ВШ України, Соросівський професор (1996). Від 1990 р. працювала в Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця (1990-1999), а з 1999 р. – завідувач

кафедри. Головний напрямок наукових досліджень – синтез та фізико-хімічні властивості координаційних сполук біметалів з біолігандами і розробка на їх основі нових сучасних матеріалів та лікарських засобів. Автор понад 300 наукових праць, в т.ч. 3 монографій, підручника, 5 навчальних посібників. В.О. Калібабчук – член Президії Українського хімічного товариства, член Президії секції “Хімія та хімічна технологія” при НАН України. Нагороджена грамотами Міністерства ВСО СРСР, України.

12 листопада – 90 років від дня народження **Дмитра Харитоновича Фоміна**, мікробіолога. У 1953 р. закінчив санітарно-гігієнічний факультет Дніпропетровського медичного інституту. У 1953-1956 рр. працював головним санітарним лікарем СЕС м. Рівне; у 1956-1959 рр. – аспірант відділу вірусології Київського інституту епідеміології та мікробіології; у 1960-1965 рр. – науковий співпрацівник Ужгородського інституту епідеміології, мікробіології і гігієни; у 1965-1966 рр. – старший науковий співробітник Львівського інституту епідеміології і мікробіології. У 1966-1976 рр. – завідувач кафедри мікробіології Львівського медичного інституту. У 1967 р. отримав вчене звання доцента, у 1967 р. захистив докторську дисертацію на тему : “Инфекционный гепатит на Украине (исследования по этиологии, эпидемиологии и лабораторной диагностике)”. У 1968 р. отримав вчений ступінь доктора медичних наук, у 1969 р. – вчене звання професора. У 1976-1990 рр. – завідувач кафедри епідеміології; у 1990-1992 рр. – професор кафедри епідеміології Львівського медичного інституту. Наукові дослідження присвячені проблемам епідеміології і діагностики вірусного гепатиту, визначення токсичності дифтерійних корінебактерій. Автор близько 120 наукових і навчально-методичних праць, в т.ч. монографії. Підготував 10 кандидатів наук. Помер 11 січня 1996 р. на 72 році життя.

12 листопада – 75 років від дня народження **Михайла Федоровича Коструби**, біолога. У 1961 р. закінчив біологічний факультет Львівського університету. У 1961-1969 рр. – лаборант. У 1971 р. закінчив аспірантуру Інституту землеробства і тваринництва західних областей УРСР. Захистив кандидатську дисертацію. У 1971-2007 рр. – доцент кафедри мікробіології, від 2007 р. – доцент природничого коледжу Львівського університету. Наукові інтереси пов’язані з промисловою мікробіологією, екологією мікроорганізмів. Автор близько 70 наукових праць. Член товариства мікробіологів України.

14 листопада – 200 років від дня народження **Миколи Іларіоновича Козлова**, анатома. У 1833 р. закінчив медичний факультет Казанського університету, а в 1837 р. Дерптський університет зі ступенем доктора медицини після захисту дисертації на тему “О сочетанных опухолях”. Удосконалювався у Відні, Цюріху, Парижі. Від 1841 р. – професор анатомії. Один із засновників медичного факультету Київського університету і перший завідувач кафедри анатомії (1841-1844), патологічної анатомії (1845-1853). Викладав патологію, фармакологію, патологічну хімію, історію медицини. Заснував патологоанатомічний музей при Київському університеті. Одним із перших в Росії ввів гістологічний аналіз для визначення сутності хворобливих процесів. Наукові праці присвячені анатомії і військовій медицині. Упродовж 30 років редагував “Военно-медицинский журнал”. Помер 10 жовтня 1882 р., проживши майже 75 років.

14 листопада – 105 років від дня народження **Ізраїля Яковича Шапіро**, історика медицини. Народився в Києві. Закінчив у 1935 р. Харківський інститут червоної професури, в 1941 р. – медичний факультет Донецького медичного інституту. З початком німецько-радянської війни – лікар діючої армії (1941-1945). В 1946-1949 рр. – завідувач кафедри історії медицини; в 1949-1969 рр. – доцент кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров’я Львівського медичного інституту. У 1951 р. захистив кандидатську дисертацію; у 1952 р. – отримав вчене звання доцента. У 1966-1986 рр. – завідувач кафедри. У 1968 р. захистив докторську дисертацію. У 1971 р. отримав вчене звання професора. У 1986-1993 рр. – професор кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров’я. Був автором близько 180 наукових і навчально-методичних праць, в т.ч. 4 монографій. Підготував 34 кандидатів і 2 докторів наук. Помер 29 липня 2001 р. на 92 році життя.

15 листопада – 90 років від дня народження **Михайла Дем'яніва**, лікаря стоматолога. Народився в Калуші Івано-Франківської області в патріотичній сім'ї. Наприкінці Другої світової війни виїхав в Прагу, згодом у Відень, а потім – в Німеччину. У 1949 р. закінчив вивчати дентистику в Тюбінгенському університеті. У 1953 р. переїхав у Пфорцгайм, розпочав приватну стоматологічну практику. Створив потужну клініку, де лікувалися хворі з усієї Європи. Виявився щедрим меценатом української науки і культури. Помер передчасно 27 травня 1993 р. на 69 році життя.

17 листопада – 85 років від дня народження **Сергія Степановича Кирилюка**, хіміка. У 1952 р. закінчив хімічний факультет Львівського університету. У 1952-1953 рр. – майстер-технолог гальванічного цеху Львівського заводу, у 1953 р. – асистент кафедри фізичної і колоїдної хімії Львівського політехнічного інституту. у 1953-1965 рр. – асистент курсу фізикоколоїдної хімії кафедри біохімії Львівського медичного інституту; у 1965-1966 рр. – асистент, а у 1966-1967 рр. – доцент кафедри фізичної і колоїдної хімії, одночасно декан фармацевтичного факультету (1969-1972); у 1977-1987 рр. – завідувач кафедри фізичної і колоїдної хімії; у 1987-1999 рр. – доцент кафедри біонеорганічної та фізикоколоїдної хімії Львівського медичного університету. У 1963 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Физико-химический анализ некоторых проводящих ток неводных систем и исследование электролитической диссоциации образующихся в них соединений”. У 1967 р. отримав вчене звання доцента. Працював над проблемою утворення електролітних біологічно активних речовин та інгібіторів корозії металів. Автор близько 120 наукових праць, в т.ч. 6 авторських свідоцтв на винаходи. У 1979 р. отримав срібну медаль ВДНГ СРСР. Підготував 1 кандидата наук. Помер 1 травня 2007 р. на 78 році життя.

19 листопада – 155 років від дня народження **Миколи Петровича Трінклера**, хірурга. Народився в Петербурзі. У 1884 р. закінчив Харківський університет. У 1899 р. захистив докторську дисертацію. Працював професором кафедри хірургічної патології. У 1905-1920 рр. – завідувач факультетської хірургічної клініки Харківського університету; у 1921-1925 рр. – професор Харківського медичного інституту. Створив одну із кращих в країні клініку, мав великий світовий авторитет. Автор майже 80 наукових праць з різних проблем хірургії, опрацював спосіб дренажу мозкових шлуночків, одним із перших у світі застосував рентгенотерапію в онкології. Підготував групу кваліфікованих хірургів. Написав монографію “Основи сучасного лікування ран”. Володів 12 мовами, був художником і музикантом, засновником Харківського музичного товариства. У роки УНР заснував і редагував російською мовою журнал “Врачебное дело”. Помер у 1925 р. на 66 році життя.

19 листопада – 55 років від дня народження **Олександри Володимирівни Прокопів**, педіатра. У 1982 р. закінчила педіатричний факультет ЛДМІ. У 1982-1983 рр. – лікар-інтерн; у 1983-2000 рр. – лікар-ординатор дитячої інфекційної лікарні Львова; у 2000-2004 рр. – асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб Львівського медичного університету. У 2000 р. захистила кандидатську дисертацію у 2005 р. отримала вчене звання доцента, у 2009 р. – захистила докторську дисертацію. Наукові дослідження присвячені вивченню локальних механізмів захисту, патогенетичних особливостей сучасної дифтерії. Автор 120 наукових праць, в т.ч. монографії, 3 патентів.

21 листопада – 90 років від дня народження **Романа Кисілевського**. Народився в Івано-Франківську. Середню освіту здобув у філії Української Академічної гімназії у Львові. Медичні студії розпочав у Львові на медичних фахових курсах. У 1950 р. закінчив навчання в Ерлангенському університеті, захистив дисертацію. В цьому ж році емігрував у США, упродовж 1 року проходив інтершип в Патерсоні та 3-річну резидентуру в Монтклері і госпіталі в Клівленді. У 1953-1955 рр. служив лікарем в американській армії. У 1959 р. розпочав лікарську практику в Блумфілді. Член УЛГПА в Нью-Йорку. Родина Кисілевських є щедрими меценатами українських культурних програм.

25 листопада – 80 років від дня народження **Миколи Івановича Ганущака**, хіміка-органіка. У 1957 р. закінчив хімічний факультет Чернівецького університету. У 1957-1959 рр. – учитель та інспектор шкіл Хотинського району Чернівецької області. У 1961 р. закінчив

аспірантуру. У 1962-1963 рр. старший науковий співробітник, у 1963-1965 рр. – старший викладач, у 1965-1976 рр. – доцент, у 1976-1977 рр. – професор кафедри органічної хімії Чернівецького університету. У 1977-2003 рр. завідувач кафедри органічної хімії Львівського університету; у 2003-2007 рр. – професор кафедри органічної хімії. Наукові інтереси: реакції ароматичних солей діазонію з ненасиченими сполуками і синтез на їхній основі нових речовин. Автор близько 470 праць, в т.ч. 40 авторських свідоцтв. Керівник 15 кандидатських, консультант – 2 докторських дисертацій. Був членом спеціалізованої ради НУ “Львівська політехніка”, членом редакційних колегій низки журналів. Помер 24 липня 2007 р. на 73 році життя.

26 листопада – 80 років від дня народження **Олександра Йосиповича Міляновського**, акушер-гінеколога. У 1960 р. закінчив Київський медичний інститут. Був учнем І.Т. Шевченка та М.С. Бакшеєва. У 1981 р. захистив докторську дисертацію. У 1985-1989 рр. – професор кафедри акушерства і гінекології №1 Київського медичного інституту. Від 1989 р. до 1991 р. – завідувач кафедри онкології. Був автором понад 170 наукових праць, в т.ч. 7 монографій, навчального посібника. Праці відзначені медалями ВДНГ СРСР та УРСР. Основний напрямок наукових досліджень – діагностика і лікування передракових і ракових захворювань жіночих геніталій. Помер 16 лютого 1991 р. на 57 році життя.

27 листопада – 125 років від дня народження **Дмитра Лавріновича Горбенка**. Народився на Катеринославщині (тепер Дніпропетровська область). Закінчив Катеринославську духовну семінарію, згодом – медичний факультет університету Св. Володимира. Служив у царському війську, під час I Світової війни потрапив до німецького полону, після звільнення повернувся в Україну. Брав активну участь у визвольних змаганнях 1918 р. У 1918 р. в Кременчуці був заарештований “ЧК”, але з часом відпущений. Працював у складі місії в справах колишніх військовополонених в Австрії. У 1920 р. був у Відні. У 1921 р. повернувся в Україну і був заарештований Кам’янець-Подільською “ЧК”. Разом з дружиною виїхав до Харкова для боротьби з епідеміями. До 1923 р. працював у Кам’янець-Подільському повіті. Пізніше отримав посаду асистента хірургічного відділення Українського державного клінічного туберкульозного інституту, ординатора тубдиспансеру 1-ї Центральної поліклініки Південної залізниці. 6 листопада 1933 р. транспортний відділ ДПУ УРСР заарештував Дмитра Лавріновича за ст. 54-11 КК УРСР, але 25 лютого 1934 р. справу припинено. Проживав у Харківській області. 26 лютого 1938 р. секретно-політичний відділ УДБ УНКВС по Харківській області його заарештував “за участь у антирадянській націоналістичній терористичній організації”. За офіційними даними помер від серцевого нападу 13 квітня 1938 р. За іншими даними був розстріляний. Реабілітований військовою прокуратурою КВО 25 січня 1954 р.

ЛІТЕРАТУРА

1. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Леонтович Александр Васильевич]. – С. 366-367.
2. УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.6: Куликів-Мікроклімат. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1981. – 552 с. – Зі змісту: [Леонтович Олександр Васильович]. – с. 127.
3. Грабовська С. Баклицький Іван Олександрович / С. Грабовська // Encyclopedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. – Т.1: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 170.
4. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Шуринок Андрій Романович]. – С. 291.
5. Павловський М. Камаєв Міхаїл Фьодоровіч / М. Павловський, 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. 120.
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: [Зелінський Анатолій Михайлович]. – С. 92-93.

7. Стешенко В.С. Птуха Михайло Васильович / В.С. Стешенко // УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.9: Поплужне-Салуїн. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1983. – С. 188.
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: [Морозов Анатолій Миколайович]. – С. 166.
9. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліогр. довід. / Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Бобинець Михайло]. – С.28.
10. 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: [Калініченко Терентій Якович]. – С. 101.
11. 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: [Калібабчук Валентина Олександрівна]. – С. 100-101.
12. Данилейченко В. Фомін Дмитро Харитонович // 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. 290.
13. Білинська І. Коструба Михайло Федорович / І. Білинська // Encyclopedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. – Т.1: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 657-658.
14. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Козлов Микола Іларіонович]. – С. 107.
15. Лобойко М. Шапіро Ізраїль Якович / М. Лобойко, В. Рудень // 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. 304.
16. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: біобібліогр. довід. / П. Пундій / гол. ред. Ярослав Ганіткевич. – Львів-Чикаго: НТШ у Львові, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Дем'янів Михайло]. – С. 97-98.
17. Огурцов В. Кирилюк Сергій Степанович / В. Огурцов // 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. 125.
18. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах ті іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Микола Петрович Трінклер]. – С. 233-234
19. Мостюк А. Прокопів Олександра Володимирівна / А. Мостюк // 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. 275.
20. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: біобібліогр. довід. / П. Пундій / гол. ред. Ярослав Ганіткевич. – Львів-Чикаго: НТШ у Львові, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Кисілевський Роман]. – С. 131
21. Обушак М. Ганущак Микола Іванович / М. Обушак // Encyclopedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. – Т.1: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 325.
22. 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: [Мілянський Олександр Йосипович]. – С. 161-162.
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: [Горбенко Дмитро Лаврінович]. – С.50-51.

ЯРЕМА ІЛЛІЧ ТОМАШЕВСЬКИЙ

До 85-річчя від дня народження



Ярема Ілліч Томашевський народився 3 грудня 1929 р. в с. Стецева Снятинського р-ну Івано-Франківської області в патріотичній родині. Дитинство та шкільні роки співпали з буремними полями на теренах Західної України: прихід Червоної Армії у вересні 1939 р. на території Західної України з наступною депортацією частини населення у Сибір, німецько-радянська війна 1941-1945 рр., визвольні змагання українського народу, післявоєнний голод 1946-1947 рр. Середню освіту здобув з відзнакою, навчаючись у Коломийській гімназії та Снятинській СШ (1942-1946). Поступив на медичний факультет у Львівський медичний інститут, який закінчив з відзнакою у 1953 р. За рекомендацією проф. М.О. Кевдіна – завідувача кафедри факультетської терапії ЛДМІ поступив і навчався в клінічній ординатурі (1953-1955). Після закінчення навчання працював завідувачем терапевтичного відділення Кам'яно-Бузької районної лікарні та 4-ї лікарні м. Львова (1955-1958), Педагогічна діяльність розпочалася у 1958 р., коли Ярема Ілліч став асистентом кафедри пропедевтичної терапії, якою завідував доцент В. І. Чернов.

Кандидатську дисертацію українською мовою на тему: “Вплив вітаміну В₁ та нікотинової кислоти на функції шлунка у хворих на виразкову хворобу та хронічний гастрит” дисертант захистив в Одеському інституті в 1962 р.. У 1965-1977 рр. Я.І. Томашевський працював асистентом кафедри терапії ФПДО. Докторську дисертацію на тему “Обеспеченность некоторыми витаминами больных ревматизмом” Ярема Ілліч захистив у 1972 р. Науковим консультантом дисертації був проф. П.Г. Подорожний. У 1977 р. рішенням ВАК Я.І. Томашевському присвоєно вчене звання доцента. На посаді доцента він пропрацював 1977-1978 рр. У 1978 р. організував першу в ЛДМІ кафедру ендокринології. Рішенням ВАК від 19 жовтня 1979 р. Я.І. Томашевському присвоєно вчене звання професора. Був завідувачем кафедри до 1999 р. Від 1999 р. Я.І. Томашевський професор кафедри ендокринології та клінічної фармакології.

Наукові дослідження Я.І. Томашевського присвячені багатьом проблемам внутрішньої медицини: вивчення ролі вітамінів у регуляції секреції і моторики шлунка при виразковій хворобі та інших захворюваннях; проблеми епідеміології, діагностики, профілактики та лікування ендокринних захворювань, цукрового діабету, захворювань щитоподібної залози; сформулював концепцію синдрому пірвіноградного діабету.

Я.І. Томашевський є автором понад 300 наукових та навчально-методичних праць, в т.ч. 10 монографій: “Клиническая витаминология” (1977), “Міжнародна система одиниць у клінічній вітамінології” (1981), “Основи профілактичної діабетології” (1992), “Цикл Корі в ендокринології”. Тестові завдання (1994), “Цукровий діабет: комп'ютерна

діагностика та прогнозування” (1995), “Цукровий діабет: діагностика, профілактика, харчування, фітотерапія” (1996), “Рецептура при інфаркті міокарда та стенокардії” (1997), “Основи діагностики, профілактики та лікування ендокринологічних захворювань” (1999), “Мітохондральний діабет. Піровиноградний діабет. Цукровий діабет” (2003), “Ендокринологія” (2009).

Професор Я.І.Томашевський підготував 14 кандидатів та 3 докторів наук.. Вчений Я.І. Томашевський проводить велику громадську роботу: він є членом Європейської асоціації з вивчення цукрового діабету, дійсним членом Наукового товариства імені Т.Г. Шевченка, членом “Лікарської комісії НТШ” та “Українського лікарського товариства”, головою Львівського обласного науково-медичного товариства ендокринологів, членом редакційної ради журналів “Ендокринологія”, “Міжнародного ендокринологічного журналу”, членом редакційної колегії збірника “Феномен людини. Здоровий спосіб життя”. У 2007 р. Ярема Ілліч був обраний Заслуженим професором Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Свій ювілей Ярема Ілліч Томашевський зустрічає невтомною працею на ниві служіння Україні, Науковому товариству імені Т.Г. Шевченка, рідній Alma Mater!

ЛІТЕРАТУРА

1. Львівський державний медичний інститут / за ред.. М. Павловського, І. Даценко, Л. Петрух. – Львів: Словник, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Томашевський Ярема]. – С. 26,48,133,134,162,215,216,217.
2. Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького: рік 2000. – Львів: Наутілус, 2000. – С. 169-170.
3. Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького: довідник 2004. – Львів: Наутілус, 2004. – С. 170-172.
4. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах ті іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Я. Томашевський]. – С. 196.
5. Сергієнко О. Томашевський Ярема Ілліч / О. Сергієнко // 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. 279-280.
6. Сергієнко О. Томашевський Ярема Ілліч / О. Сергієнко // 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. 323-324.

ЄВСТАХІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ ГОЦКО

До 85-річчя від дня народження



Гоцко Євстахій Володимирович народився 3 січня 1930 року в м. Городок Львівської області у робітничій сім'ї. Рано залишився без матері. В 1944 році вступає до зуболікарської школи на зуботехнічне відділення, яке закінчує в 1946 році. Після завершення навчання був залишений на роботу в зуболікарській школі. Однак, жага знань, бажання вчитися в 1949 році приводить молодого юнака до Київського стоматологічного інституту, який він закінчує у 1954 році.

Працюючи лікарем-стоматологом на Львівщині, в 1959 році він обіймає посаду лікаря-ординатора стоматологічного відділу Львівської обласної клінічної лікарні, а з 1960 по 1967 р. — головного стоматолога Львівського облздороввідділу. Одночасно, в 1961 році, Є. Гоцко обирається асистентом кафедри хірургічної стоматології Львівського медичного інституту й активно береться за виконання педагогічної та науково-дослідної роботи. В 1963 році з'явилася його перша наукова публікація «Анализ челюстно-лицевых травм по материалам стоматологического отделения областной клинической больницы за пять лет». Наполегливість Є. В. Гоцка приводить до успішного захисту кандидатської дисертації «Переломи кута і гілки нижньої щелепи і їх лікування» (1967).

В 1968 році Є. Гоцко обирається доцентом, а з 1972 року, після смерті професора О. В. Ковалю, він впродовж 20 років завідувач кафедри хірургічної стоматології. З 1979 року — декан стоматологічного факультету.

Багато уваги Є. В. Гоцко приділяв хірургічному лікуванню переломів щелеп (операція накладання поліамідного шва), новоутворів щелеп та проблемам реконструктивної хірургії.

У 1986 році, завдяки зусиллям Є. В. Гоцка, у Львові було відкрито міжобласний центр з надання допомоги дітям з вродженими і набутими дефектами і деформаціями щелепно-лицевої ділянки, який охоплював 6 областей західного регіону України.

У 1988 році захистив докторську дисертацію на тему «Порівняльна оцінка хірургічного лікування вроджених розщілин верхньої губи і піднебіння».

У 1989 році Є. В. Гоцко стає співорганізатором Всеукраїнського форуму у Львові — VII з'їзду стоматологів України.

Як керівник підрозділу, яким довірили йому керувати – чи кафедра, чи деканат – Євстахій Володимирович завжди активно впливав на хід подій, обґрунтовуючи свою позицію. Особливо уважно ставився він до підбору кадрів, розуміючи важливість прийнятих рішень. Чотирьом нинішнім докторам наук та професорам зі свого колективу — кафедри хірургічної стоматології — він дав путівку в науку. Під його керівництвом та консультацією вони планували, а потім захищали докторські дисертації.

Така насиченість та завантаженість — і за операційним столом, і за деканатським, — вимагали великого фізичного здоров'я. Передчасна смерть обірвала життя Людини, котра багато років наполегливо розбудовувала львівську стоматологію та стоматологічну освіту України, зробила свій внесок у творення сучасної української стоматологічної школи.

Помер у розквіті творчих сил 7 грудня 1992 року на 63-му році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Основні захворювання, їх профілактика та лікування. Короткий зміст доповідей V обласної наукової конференції стоматологів та зубних лікарів Львівської області. — Львів, 1965. — С. 3–4.
2. Готь І. М. До 65-річчя від дня народження доктора медичних наук, професора Євстахія Володимировича Гоцка / І. М. Готь, М. І. Мигович, Р. З. Огоновський // В-во ЛДМУ, Львів, 1995. — 14 с.
3. Магльований А. В. Становлення та розвиток стоматологічного факультету у Львові: декан, професор Євстахій Володимирович Гоцко / А. В. Магльований, Б. С. Зіменковський, В. С. Гриновець, Р. М. Ступницький, І. М. Готь // Львів: Кварт, 2008. — 136 с.
4. Ступницький Р. М. Стоматологічному факультетові у Львові — 50 років / Р. М. Ступницький, А. В. Магльований, В. С. Гриновець, В. С. Кухта // Львів: Кварт, 2008. — 202 с.

Хроніка листопада. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

1 листопада - 160 років від дня народження **Ондржея Обжута**, польського лікаря, патолога. У 1881 р. закінчив медичний факультет Краківського університету. У 1881-1883 рр. працював лікарем військових шпиталів Кракова та Праги, у 1883-1887 рр. - асистент кафедри патологічної анатомії Празького університету. у 1887 р. отримав вчене звання доцента і працював доцентом кафедри (1887-1891). Отримав вчене звання професора у 1891 р. У 1891-1896 рр. - професор цієї ж кафедри. Організатор і керівник кафедри патологічної анатомії Львівського університету (1896-1910), засновник музею хвороб людини (1896), декан медичного факультету Львівського університету (1902-1903). Наукові дослідження пов'язані з патологією різних нозологічних форм хвороби людини: туберкульозу легень, цирозу печінки, хвороб крові, нирок. Автор праць німецькою, польською, чеською, французькою мовами. був засновником Львівської школи патологів. Підготував 7 професорів. Помер 29 вересня 1910 р. в Чехії на 56 році життя.

1 листопада - 145 років від дня народження **Джона Факуара Фультона (Фултона)**. Народився в Сент-Пауло (шт. Міннесота). Навчався в Міннесотському університеті в Міннеаполісі та Гарвардському університеті. У 1921 р. працював в лабораторії Ч.С. Шеррінгтона (Оксфорд). У 1929-1930 рр. організував лабораторію фізіології мозку приматів, де вивчав особливості його будови та функцій. У 1929-1931 рр. очолював кафедру фізіології в Єльському університеті в Нью-Хейвені. Від 1931 р. - професура Стерлінга. Від 1950 р. - куратор бібліотеки Ослера в Університеті Мак-Гілла в Монреалі. Наукові дослідження пов'язані із вивченням механізмів м'язового скорочення та функцій ЦНС. Організував відділ історії науки та медицини. У 1936 р. написав книгу "Фізіологія нервової системи", що неодноразово перевидавалася та була перекладена багатьма мовами. Один із організаторів і головний редактор журналу "Джорнел оф ньюрофізіолоджі". Д.Ф. Фултон був членом Американського філософського товариства, Королівського коледжу лікарів та багатьох інших наукових товариств, почесний член низки університетів. Помер 29 травня 1960 р. на 61 році життя.

2 листопада - 240 років від дня народження **Жоржа Сімона Серюлли**, французького хіміка. Від 1793 р. вивчав фармацію в Бурже. Від 1814 р. працював військовим аптекарем в Меце. Від 1825 р. став професором Ботанічного саду в Парижі. У 1822 р. відкрив йодоформ. У 1824 р. отримав метиленийодид. У 1827 р. відкрив ціанамід, синтезував етилбромід, а також бромистий ціан. В 1829 р. – йодид азоту, ціанурову кислоту. У 1829 р. був обраний членом Паризької АН. Помер 25 травня 1832 р. на 58 році життя.

3 листопада - 265 років від дня народження **Даніеля Резерфорда**, шотландського хіміка, ботаніка, лікаря. У 1777 р. закінчив Единбурзький університет. Працював лікарем в Единбурзі. Від 1786 р. - професор Королівського ботанічного саду в Единбурзі. В історію хімії ввійшов як першовікривач (1772) в складі продуктів спалювання вугілля, фосфору та сірки газу, який не підтримує дихання і не поглинається розчином NaOH. Через деякий час А.Л. Лавуазьє показав, що цей газ є азотом. Помер вчений 15 листопада 1819 р., проживши майже 70 років.

3 листопада - 185 років від дня народження **Адольфа Євгена Фіка**, німецького фізика і фізіолога. Народився в Касселі. Починав свою роботу в галузі математики та фізики, потім захопився медициною і в 1848-1851 рр. навчався в Марбурзькому і Берлінському університеті, отримавши докторський ступінь в галузі медицини. У 1852 р. призначений асистентом проф. К.Людвіга (1816-1895), який у 1849-1855 рр. був ординарним професором кафедри анатомії та фізіології Цюріхського університету і в той же час був прозектором при кабінеті порівняльної анатомії. Від 1862 р. А. Фік став професором фізіології і очолив кафедру фізіології Цюріхського університету, де пропрацював до 1868 р. А. Фік належав до плеяди фізіологів (Дюбуа-Реймон

Г. Гельмгольц), які старалися пояснити проблеми фізіології на основі даних математики та механіки. Його роботи стосувалися багатьох галузей фізіології. у 1868-1899 рр. А.Є. Фік працював професором Вюрцбурзького університету. Вдосконалив міотермічні і міографічні методи вивчення теплоутворення у м'язах. Розробив різні типи міографів. Спростував погляд Ю.Лібиха на білки як на єдине джерело енергії м'язової діяльності, довів дієвість закону збереження енергії при м'язовому скороченні. Зі своїх спостережень зробив висновок, що м'яз є машина, котра працює за рахунок хімічної енергії. Розробив методика дослідження еластичних властивостей м'язів. У 1870 р. розробив принцип визначення хвилинного об'єму кровотоку. Був автором праць, присвячених порівняльній фізіології збудливих тканин, діоптриці ока, кольоровідчутті, статиці й динаміці рухів людини. Помер А.Є.Фік 21 серпня 1901 р. на 72 році життя.

3 листопада - 145 років від дня народження **Адама Беднарські**, польського офтальмолога. У 1894 р. закінчив медичний факультет Краківського університету. У 1894-1895 рр. працював лікарем Краківського госпіталю св. Лазара; у 1895-1898 рр. - спеціалізація з очних хвороб у Познані, Кракові. У 1898-1902 рр. - асистент кафедри офтальмології Львівського університету; у 1902-1909 рр. – доцент кафедри; у 1909-1922 рр. - професор кафедри; у 1922-1941 рр. - керівник кафедри офтальмології, за сумісництвом лікар очного відділення дитячого госпіталю св. Софії у Львові (1904-1922). Головний редактор часопису “Lwowski Tygodnik Lekazski” (1908-1909), Президент Львівського лікарського товариства (1913). Автор понад 60 праць із різних розділів офтальмології та історії медицини. Помер 11 квітня 1941 р. на 72 році життя.

7 листопада - 195 років від дня народження **Вільяма Воррела Мейо**, американського хірурга. Народився в Англії біля Манчестера. Отримав освіту хіміка в Owens College (нині - університет Манчестера). В 1845 р. переселився в Америку, де працював хіміком в Нью-Йорку, потім закінчив медичну школу в Лафайєті і удосконалювався в медицині в Сент-Луїському університеті, де дістав лікарський диплом університету Міссурі в 1854 р. Першу самостійну лікарську практику розпочав в м. Ля-Порте. На початку 1855 р. він переїхав в штат Міннесота і почав практику в Сент-Поль, а згодом в Ле-Сюер, де його захопила громадянська війна. Весною 1863 р. сім'я Мейо поселилася в Рочестері. Саме тут він набув широкої популярності. Став одним із піонерів складних порожнинних операцій. один із перших лікарів на Заході застосував у медичній практиці мікроскоп. Був одним із засновників (1861) медичного товариства Міннесоти та його головою. Написав багато робіт на різні теми медицини і хірургії. Активно займався громадською діяльністю, багато мандрував. Після нього залишилося 2 синів, які стали видатними хірургами. помер 5 серпня 1911 р. на 92 році життя.

9 листопада - 150 років від дня народження **Дмитра Йосиповича Івановського**, російського фізіолога і мікробіолога. Народився в с. Нізи (Ленінградська область). У 1888 р. закінчив Петербурзький університет і був залишений на кафедрі ботаніки. Від 1890 р. - асистент ботанічної лабораторії Петербурзької АН. Під керівництвом А.М. Бекетова, А.С. Фамінцина, Х.Я. Гобі вивчав фізіологію рослин і мікробіологію. У 1895 р. захистив магістерську дисертацію і в якості приват-доцента Петербурзького університету читав лекції з анатомії та фізіології рослин. Від 1901 р. - екстраординарний професор, а від 1903 р. - ординарний професор Варшавського університету, одночасно викладач на Вищих Жіночих курсах. Цікавився хворобами рослин і вивчав розповсюдження хвороб тютюну на півдні Росії, яку українські селяни називали “рябухою”. У 1892 р. встановив, що збудник хвороби, на відміну від бактерій, не розрізняється у мікроскоп, проходить через порцеляновий фільтр і не росте в живильних середовищах. Виявив у клітинах хворих рослин кристалічні включення (кристали Івановського). Опрацював перші уявлення про природу вірусів (вперше вірус побачили в електронному мікроскопі у 1939 р.). Відкриття вірусів поклато початок розвитку вірусології. Д. Івановський займався також вивченням процесу спиртового бродіння і впливу на нього кисню, хлорофілу та інших пігментів зеленого листа. Від 1915 р. він був змушений евакуюватися з Варшави в Ростов-на-Дону. Лабораторію прийшлося відбудувувати заново. Д.Й.

Івановський був автором 180 публікацій. Помер 20 квітня 1920 р. в Ростові-на-Дону на 56 році життя. Інституту вірусології АМН СРСР присвоєно його ім'я.

11 листопада - 270 років від дня народження **Анджея Крупіньські**, першого протомедика Галичини, професора анатомії. У 1772 р. закінчив медичний факультет Віденського університету. У 1773 р. скерований із Відня до Львова для організації висококваліфікованої медичної служби та освіти в Галичині за австрійським зразком. Група з 5 осіб на чолі з А.Крупіньські організувала у Львові медичний колегіум. У 1775 р. до складу Львівського медичного колегіуму долучилася група інших лікарів. За 12 років була проведена велика підготовча робота (1773-1785), що завершилася відкриттям медичного факультету Львівського університету. Упродовж 1 року (1784-1785) Львівський медичний колегіум та медичний факультет університету існували паралельно. За час роботи у Львові А. Крупіньські зібрав унікальну бібліотеку праць науковців медицини, природничих та гуманітарних наук, яка налічувала понад 6 тис. томів. А. Крупіньські був автором 5-томного підручника, що містив дані про анатомію медицини, описи різних хвороб, способи лікування, багато рецептів. Помер 27 квітня 1783 р. на 39 році життя.

11 листопада -150 років від дня народження **Джорджа Уошинтона Крайля**, видатного американського хірурга. У 1887 р. закінчив медичний факультет Вустерського університету. Працював хірургом у Клівленді (Огайо). У 1898 р. під час іспансько-американської війни був військовим лікарем (Куба, Пуерто-Ріко) і набув великого досвіду військової хірургії. Від 1900 р. - професор клінічної хірургії Клівлендського університету. У 1917-1918 рр. організував військовий госпіталь в Руані (Франція). Від 1924 р. - керівник організованої ним клініки у Клівленді. Коло наукових інтересів Крайля в хірургії дуже велике. Операції на щитоподібній залозі при злоякісному зобі (тиреоїдектомія за Крайлем). При злоякісних пухлинах верхніх дихальних шляхів та в щелепно-лицевій ділянці запропонував операцію видалення пухлини разом із лімфовузлами шиї, навколошийною клітковиною, грудинно-ключично-соскоподібним м'язом, внутрішньою яремною веною та піднижньощелепною залозою (операція Крайля). В галузі абдомінальної хірургії при операціях з приводу травматичної аневризми в паховій ділянці або тазу спосіб попереднього припинення кровотечі з клубових артерій через притискання черевної аорти без розтину очеревини (гемостаз за Крайлем). При кровотечі з варикозних вен стравоходу запропонував робити езофаготомію і прошивання змінених вен стравоходу. Він розробив свої методи операцій при раку губи, випадінні матки. Займався проблемами переливання крові та боротьби з операційним шоком. Помер 7 січня 1943 р. на 79 році життя.

12 листопада - 240 років від дня народження **Чарльза Белла**, шотландського анатома, фізіолога, невролога, хірурга. Медичну освіту отримав в Едінбурзі, в анатомічній школі, яку організував його старший брат Джон (J. Bell, 1763-1820). У 1800 р. Ч. Белл зайняв в анатомічній школі місце старшого брата, а в 1801 р. переїхав до Лондона, де з 1806 р. почав читати курс лекцій з анатомії та хірургії в медичній школі, заснованій братами В. та Дж. Гунтерами. У 1815 р. виконував обов'язки військового хірурга в битві при Ватерлоо. Від 1828 р. - професор хірургії Лондонського університету, а з 1836 р. до 1842 р. Едінбурзького університету. Основні наукові роботи присвячені анатомії та фізіології нервової системи. Відкрив закон розподілу нервових волокон у корінцях спинного мозку. В дослідах на тваринах установив, що рухові імпульси проходять через передні корінці, а чутливі - через задні корінці (1811). Закон Белла у 1822 р. був підтверджений французом Франсуа Мажанді і увійшов в історію фізіології як закон Белла-Мажанді.

Ч. Белл відкрив глибоку м'язову чутливість. Великий внесок зробив у формування невропатології, симптоматології, ураження окремих черепних і спинномозкових нервів, а також у розробку диференціальної діагностики деяких видів паралічів. Описав ураження лицевого нерва (параліч Белла).

У 1829 р. вчений був нагороджений медаллю Королівського наукового товариства Великобританії. Помер 28 квітня 1842 р. на 68 році життя.

14 листопада - 105 років від дня народження **Михайла Петровича Чумакова**, радянського вірусолога. Народився в с. Івановці (тепер Орловської області). У 1931 р. закінчив 1-й Московський медичний інститут. В 1950-1954 рр. - директор Інституту вірусології АМН СРСР. У 1950-1954 рр. запропонував і впровадив антибіотикотерапію при ліквідації ендемічних вогнищ трахоми. В 1955-1972 рр. - директор заснованого ним Інституту поліомієліту і вірусних енцефалітів АМН СРСР; в 1972-1976 рр. - науковий керівник цього інституту. Наукові роботи присвячені етіології, імунології, профілактиці та лікуванню вірусних хвороб людини. відкрив низку патогенних для людини вірусів. створив вчення про геморрагічні механізми. Організатор заходів із розробки ефективних методів вакцинопрофілактики клещевого енцефаліту та омської геморагічної лихоманки. Брав участь в створенні вакцини проти поліомієліту (вакцина Себіна-Смородинцева-Чумакова), корі, енцефалітів. У 1941 р. отримав Сталінську премію, в 1953 р. отримав Премію ім. Д.Й. Івановського, в 1963 р. - Ленінську премію. Від 1960 р. - академік АМН СРСР. Помер 11 червня 1993 р. на 85 році життя.

17 листопада - 105 років від дня народження **Карла Рашки**, чеського епідеміолога, мікробіолога. У 1932 р. закінчив Празький університет. В 1932-1945 рр. працював у відділі мікробіології та епідеміології Інституту охорони здоров'я в Празі, від 1945 р. - в Празькому інституті епідеміології і мікробіології. У 1952-1963 рр. - директор цього інституту. Очолював кафедру мікробіології і епідеміології Празького інституту удосконалення лікарів. Від 1955 р. обраний членом Чехословацької АН. Від 1962 р. завідувач кафедри епідеміології Карлова університету. Основні наукові роботи присвячені вивченню низки інфекційних захворювань. вивчав бактерії кишкової групи і явище бактеріофагії. Почесний член АМН СРСР (1961), Нью-Йоркської АН. Нагороджений премією ім. К. Готвальда (ЧРСП), медаллю ім. Я. Пуркіне Чехословацького медичного товариства (1962).

21 листопада - 220 років від дня народження **Карла Христіана Гебеля**, німецького хіміка. Народився біля Веймара. Навчався в Йенському університеті, там і працював до 1828 р. У 1828-1851 рр. - завідувач кафедри хімії в Дерптському університеті. У 1837 р. відкрив алкалоїд гарналін. Удосконалив технологію виробництва нітроцелюлози. Велику увагу приділяв педагогічній роботі. У 1834 р. організував Фармакологічний інститут при Дерптському університеті. від 1933 р. - член-кореспондент Петербурзької АН. Помер 8 червня 1851 р. на 57 році життя.

21 листопада - 135 років від дня народження **Михайла Івановича Штуцера**, російського мікробіолога та епідеміолога. У 1906 р. закінчив Московський університет. Працював лікарем в Порт-Артурі (1904-1905) та в Полтавській губернії (1907-1908). У 1909-1911 рр. стажувався із бактеріології в Інституті інфекційних хвороб Р. Коха в Берліні; в 1911-1914 рр. - був завідувачем Хіміко-бактеріологічного інституту Феррейна в Москві. У 1914-1918 р. був військовим лікарем. У 1919-1921 рр. працював в Полтавському бактеріологічному інституті, а в 1921-1927 рр. очолював організований ним Воронежський бактеріологічний інститут. Одночасно працював професором мікробіології Воронежського університету. У 1927-1930 рр. - директор Мікробіологічного інституту в Ростові-на-Дону і завідувач кафедри мікробіології Північно-Кавказького університету. В 1930 р. - директор Інституту епідеміології та мікробіології АН УРСР в Києві; від 1931 р. працював у московських науково-дослідних інститутах. Наукові роботи присвячені дослідженню патогенних мікроорганізмів. У 1917 р. описав новий вид дизентерійної бактерії (паличка Штуцера-Шмідца), запропонував (1921-1935) сироватки проти дифтерійної, дизентерійної, бруцельозної інфекцій. Створив потужну школу мікробіологів. Помер 31 березня 1935 р. на 56 році життя.

22 листопада - 205 років від дня народження **Бенедикта Огюстена Мореля**, французького психіатра. Народився у Відні, батько був французьким офіцером. У 1831 р.

оселився в Парижі. Спробував себе в журналістиці, але потім захопився медициною. Завершив навчання в 1839 р. в Парижі. У 1841 р. поступив у лікарню Сальпетрієр з метою ознайомлення з “типами психічних захворювань”. Від 1848 р. працював у психіатричній лікарні Маревіль. Читав лекції, які відвідували лікарі і студенти з Нансі. Від 1856 р. призначений головним лікарем психіатричного госпіталю в Сент-Йоні. Відзначено його гуманний підхід до пацієнтів. Б.О. Морель став творцем першої нозологічної класифікації психічних захворювань за етіологічним принципом. Сформулював ідею про дегенерацію - хворобливе відхилення від нормального людського типу, що має властивість передаватися спадково, прогресуючи від покоління до покоління. Поряд із спадковістю підкреслював значення матеріальних і соціальних чинників у розвитку дегенеративних психозів. Б. Морель не вважав хід розвитку цих психозів фатальним, але наголошував на принципах їх попередження та лікування (“prophylaxie preservatrice”). Виділив 2 групи захворювань: емотивне марення і раннє слабоумство (“demence precoce”). Б. Морелю належить також дослідження про приховану епілепсію і праця про зоб і креатинізм. Помер 30 березня 1873 р. на 64 році життя.

23 листопада - 110 років від дня народження **Арменака Леоновича Мнджояна**, вірменського хіміка-органіка. У 1927 р. закінчив Єреванський медичний інститут. В 1930-1947 рр. - професор Єреванського університету та Єреванського медичного інституту. В роки війни (1941-1945) організував лабораторію, що створила і впровадила у виробництво медикаменти військово-санітарного призначення. Від 1947 р. - директор Інституту тонкої органічної хімії АН ВірмРСР. Від 1953 р. - віце-президент АН ВірмРСР. Основні дослідження присвячені проблемі залежності біологічної активності органічних речовин від їх будови. Здійснив синтези органічних речовин різних класів і досліджував залежність їх біологічної дії (анестетики, курареподібні, спазмолітичні) від хімічної будови. Створив наукову школу хіміків-органіків. У 1969 р. отримав звання Героя Соціалістичної Праці. Помер 21 лютого 1970 р. на 66 році життя.

23 листопада - 95 років від дня народження **Теодора Гелльбругге**, німецького лікаря-педіатра. Навчався в університетах Мюнхена і Мюнстера на медичному факультеті, який закінчив у 1951 р. У 1954 р. захистив докторську дисертацію. У 1960 р. отримав вчене звання професора. Був директором Інституту соціальної педіатрії і медицини молоді Мюнхенського університету, директором дитячого центру Мюнхену. Засновник Інституту соціальної педіатрії (1974), Президент Ради соціальної педіатрії (1976), Німецької академії реабілітації розвитку (1984), віце-президент Міжнародної асоціації Монтессорі, Фонду Теодора Гелльбругге (1991), Фондації “Промінь серця” - International Sunshine Action (1999). У 1997 р. доктор Honoris causa ЛМУ.. Наукові дослідження пов’язані з проблемами фізіології та патології розвитку дітей, реабілітацією дітей з ураженням нервової системи. Т. Гелльбругге був Доктором Honoris Causa 14 університетів. Автор (співавтор) понад 1100 наукових, навчально-методичних та публіцистичних праць, в т.ч. монографій, підручників. Помер в січні 2014 р. на 95 році життя.

25 листопада - 200 років від дня народження **Юліуса Роберта Майєра**, німецького лікаря, фізіолога і природознавця. Народився в Хельбронні в сім’ї аптекаря. У 1838 р. закінчив медичний факультет Тюбінгенського університету і отримав ступінь доктора медицини. В якості лікаря працював на кораблі, що тримав курс на о. Ява. Під час плавання, лікуючи захворілих моряків кровопусканням звернув увагу на яскравий колір венозної крові що нагадувала артеріальну кров. це привело його до думки, що в тропіках організму для підтримки температури потрібно “спалювати” менше речовин, ніж в країнах з помірним кліматом.

Повернувшись у 1841 р. в Німеччину Ю.Р. Майєр написав статтю “О количественном и качественном определении сил” в редакцію журналу “Annalen der Physik” І. Поггендорфу. Але головний редактор навіть не відповів на лист вченого і ця стаття знайшлася в паперах І. Поггендорфа через 36 років. В кінці 1841 р. Ю.Р. Майєр переробив статтю і під назвою “Зауваження про сили неживої природи” надрукував її в журналі “Анналах хімії і фармації” Ю. Лібіха. В статті містилося формулювання про якісне перетворення і кількісне збереження сил,

нове розуміння сили в розумінні енергії; еквівалентність сил, кількісне визначення механічного еквіваленту теплоти на основі вимірювання теплоємності газів. У 1845 р. Ю.Р. Майєр видав окремою брошурою роботу “Органічний рух в його зв’язку з обміном речовин”. Таким чином, він вперше експериментально відкрив закон збереження і перетворення енергії. Живий організм почали розглядати як фізико-хімічну систему, вся енергетична поведінка якої відбувається у відповідності з законами збереження матерії та енергії. Згодом Майєр спробував пояснити джерело тепла Сонця і висловив ідею, що випромінювання Сонця пов’язано з втратою маси. В 1857 р. Майєр встановив, що зв’язування кисню з кров’ю залежить від еритроцитів і речовиною, яка зв’язує кисень, є гемоглобін, що перетворюється на оксигемоглобін. Праці Ю.Р. Майєра довгий час залишалися непоміченими. Закон збереження енергії відкривали незалежно від нього Дж. Джоуль і Г. Гельмгольц. Майєр змушений був втягнутися в суперечку про пріоритет. Лише в 1862 р. Р. Клаузіус та Дж. Тиндаль звернули увагу на дослідження Майєра. В 50-х роках травля вченого досягла апогею, він змушений був спробувати зробити суїцид, але залишився живим. В 1874 та 1876 рр. вийшли його останні роботи. Помер 20 березня 1878 р. на 64 році життя.

29 листопада - 140 років від дня народження Егаша Моніша (Антоніу Каетану ді Абреу Фрейрі), португальського невропатолога і нейрохірурга. Народився в родовому маєтку Аванка, що належав його роду понад 500 років. Початкову освіту отримав від свого дядька - абата. У 1891 р. вступив до Коїмбрського католицького університету, де вивчав медичні науки і в 1899 р. отримав медичний ступінь, захистив дисертацію про дифтерію. Попри захворювання на подагру, що деформує суглоби верхніх кінцівок, Моніш посилено вивчав неврологію в Бордо і Парижі написав першу монографію про патофізіологічні аспекти сексуальної активності. Через деякий час працював науковцем на медичному факультеті Коїмбрського університету. Наукова діяльність поєднувалася із суспільно-політичною. у 1901 р. Португалія перестала бути монархією. Від 1903 р. до 1917 р. Е. Моніш - депутат португальського парламенту. У 1911 р. Португалія стала республікою. В цьому ж році Е. Моніш а призначили професором відділення неврології Лісабонського університету, в якому він пропрацював до 1945 р. З парламентської роботи перейшов до дипломатичної: був призначений послом в Іспанії наприкінці 1917 р. став міністром закордонних справ. У 1922 р., коли до влади прийшли консерватори, Е. Моніш відійшов від політики. У 1927 р. він використав рентгеноконтрастний йод і за допомогою рентгенівських променів зробив кровеносні судини мозку помітними на фоні навколишніх тканин. Це допомогло йому розробити метод церебральної ангиографії. Церебральна ангиографія принесла Монішу славу блискучого невропатолога-діагноста. Вчений висунув ідею полегшення страждань психічних хворих шляхом оперативного відділення префронтальних частин мозку від іншої частини мозку. У 1936 р. така операція виконана. У 1945 р. через погіршення стану здоров’я Е. Моніш вийшов на пенсію і оселився в маєтку Аванка. Після Другої світової війни операція “лоботомії” набула широкого розповсюдження, особливо в США.

У 1949 р. Е. Моніш був удостоєний Нобелівської премії “за відкриття терапевтичного впливу лейкотомії при деяких психічних захворюваннях”.

При житті Е. Моніш був обраний почесним членом декількох академій, мав почесні ступені університетів Бордо, Тулузи, Ліону. Вчений написав кілька біографічних праць. Помер 13 грудня 1955 р. на 82 році життя.

30 листопада - 125 років від дня народження Едгара Дугласа Едріана, англійського фізіолога. У 1911 р. закінчив Трініті-коледж Кембриджського університету. Науковий співробітник, професор (від 1937) ректор (від 1951) Трініті-коледжу. У 1968-1975 рр. - президент Кембриджського університету. Основні дослідження присвячені електрофізіології органів чуттів і нервових провідників. Відкрив механізми больових, слухових і тактильних відчуттів, закономірності проведення нервових імпульсів. Розробив методи мікроелектрофізіологічних і мікрохірургічних досліджень поодинокого нервового волокна та

нервових закінчень. Застосував метод прямого подразнення поверхні кори великого мозку, щоб з'ясувати природу потенціалів кори.

У 1932 р. отримав Нобелівську премію з фізіології та медицини разом з Ч. Шеррінгтоном “за відкриття, що стосуються функцій нейронів”.

За заслуги перед Великобританією у 1955 р. королева Єлизавета II нагородила його титулом барона.

Е.Д. Едріан був членом 40 наукових та професійних організацій. Він удостоєний Королівської медалі (1934), медалі Коплі Королівського товариства (1946), золотої медалі Альберта Королівського товариства мистецтв (1953), медалі за видатні заслуги Британської медичної асоціації (1958), медалі Джефкотта Королівського медичного товариства (1968). Помер 4 серпня 1977 р. на 88 році життя.

30 листопада - 120 років від дня народження **Муніо Котакє**, японського хіміка-органіка. У 1920 р. закінчив університет в Сендаї. У 1923-1925 рр. удосконалював освіту в Фрейбурзькому університеті під керівництвом проф. Г.О. Вілошда (1877-1957). У 1925-1928 рр. працював в університеті в Сендаї; у 1932-1955 рр. викладав в Осацькому університеті. Від 1953 р. - член Японської наукової ради. Наукові роботи присвячені хімії природних сполук. Досліджував похідні індолу. Синтезував амінокислоту тритофан та продукти її метаболізму. Досліджував алкалоїди, вивчав хімічну структуру стрихніну і нуфаридину (алкалоїд водяної лілії). Досліджував сапоніни, хімічний склад хризантеми, японського перцю. Вивчав токсини. Був членом низки АН, в т.ч. Японської АН (від 1974). Помер 18 вересня 1976 р. на 82 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Поспішіль Ю. Обджут Ондржей / Ю. Поспішіль, Д. Зербіно // 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. 206.
2. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Фульстон (Фултон) Джон Факуар]. – С. 663.
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.: [Серюлла Жорж Симон]. – С. 406.
4. 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.: [Резерфорд Даниэль]. – С. 370.
5. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Фік Адольф]. – С. 72.
6. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Фик Адольф]. – С. 651.
7. Гудзь А. Беднарські Адам / А. Гудзь, 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. 10-11.
8. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Мейо Вільям Воррел]. – С. 183.
9. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Ивановский Дмитрий Йосифович]. – С. 274-275.
10. Білінська І. Крупінські Анджей / І. Білінська, Я. Ганіткевич // 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. 146-147.

11. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Крайл Джордж Уошингтон]. – С. 176.
12. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Белл Чарльз]. – С.53-54.
13. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Чумаков Михаил Петрович]. – С.693-694.
14. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Рашка Карл]. – С.528.
15. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биогр. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Гебель Карл Христиан]. – С. 114.
16. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Штуцер Михаил Иванович]. – С.717-718.
17. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Морель Бенедикт]. – С. 140.
18. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биогр. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Мнджоян Арменак Леонович]. – С. 303-304.
19. Надрага О. Гелльбругге Теодор / 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: Наутітус, 2006. – С. 55.
20. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Майер Юліус Роберт]. – С. 62-63.
21. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Мониш Антониу Каэтану ди Абреу Фрейриди Эгаш]. – С.429.
22. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Едріан Едгар Дуглас]. – С. 89.
23. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биогр. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Котакэ Мунио]. – С. 225-226.

Ю.М. ПАНИШКО, А.Л. ВАСИЛЬЧУК
НЕСТОР МАКСИМОВИЧ МАКСИМОВИЧ-АМБОДИК

До 270-річчя від дня народження

Псевдонім “Амбодик” походить від латинського *ambodis* “двічі скажи” ввічливе нагадування, що прізвище і по батькові особи тотожні.



Нестор Максимович Максимович – видатний український і російський вчений-енциклопедист, один із основоположників російського акушерства, ботаніки та фітотерапії народився 7 листопада 1744 р. в с. Веприк (тепер Гадяцького району Полтавської області) в сім’ї священика, настоятеля церкви Успіння Богородиці в Гадяцькому полку. Отримав домашню початкову освіту, навчався в Київській духовній академії, яку закінчив у 1768 р. У 1769 р. вступив до Петербурзької медичної школи морського госпіталю. За особливою стипендією з фонду княгині Є.Д. Голіциної-Кантемир був відряджений на медичний факультет Страсбурзького університету. Провчився 4,5 роки і 26 вересня 1775 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Про печінку людини”. Упродовж 1776 р. Н.М. Амбодик-Максимович знайомився з німецькими клініками, слухав лекції, удосконалював знання з німецької мови. У вересні 1776 р. повернувся в Росію, витримав іспит в Медичній колегії і отримав право практикувати в якості молодшого лікаря Петербурзького адміралтейського та сухопутного госпіталів. Одночасно почав викладати предмет “акушерство”, читаючи лекції в лікарських школах при госпіталях.

У 1777 р. Н. Максимовича знову направили за кордон для поглиблення знань з акушерства. Після повернення з відрядження він був призначений викладачем школи при кронштадському адміралтейському госпіталі для читання лекцій з фізіології, медико-хірургічної практики та лікарських рослин. 10 травня 1781 р. Нестора Максимовича призначили професором акушерства (повивального мистецтва) в Санкт-Петербурзьку акушерську школу. В жовтні 1782 р. він став першим в Росії викладачем, що отримав звання професора акушерства. У 1784 р. Петербурзьку школу реформували в Сповивальне училище, а в 1786 р. в Сповивальний інститут. Н. Максимович читав в інституті сповивальну справу і був звільнений від роботи в госпітальних школах.

Н. Максимович запровадив наочні методи викладання, першим в Росії почав проводити заняття на акушерському фантомі і застосував його для вивчення механізму нормальних і патологічних пологів, а також для навчання різним акушерським прийомам і операціям.

Фантом жіночого тазу з дерев’яною лялькою-дитиною, прямі і вигнуті сталеві щипці з дерев’яними держакми були виготовлені за його власними моделями та малюнками. Широке застосування отримав запропонований вченим метод масажу матки на кулаці з метою її скорочення, що попереджує післяпологову кровотечу.

У 1784-1786 рр. Н.М. Максимович опублікував перше керівництво “Искусство повивання или наука о бабьичем деле” в 6 частинах з чудовим атласом. Це керівництво (893 с.) “за повнотою, науковістю, сучасністю і оригінальністю” (В.С.Груздев) вважалося до середини ХІХ ст. кращим посібником для лікарів і акушерів.

Першим в Росії описав асинклітичне встановлення головки плоду. Одним із перших в Росії запровадив у практику накладання щипців при операціях. Максимович був прихильником вичікувальної тактики при пологах.

Частина 5 книги “Искусство повивання ...” фактично є першим керівництвом з педіатрії. Вчений створив проект розвитку акушерської освіти в Росії, але він не був реалізований при його житті.

Н.М. Максимовичу належить пріоритет в створенні медичної термінології російською мовою. У 1780 р. опублікований “Словарь медико-хирургический на латинском и российском языках собранный”. У 1783 р. надрукований “Анатомо-физиологический словарь на российском, латинском и французском языках, с кратким описанием сих”.

Своєрідною енциклопедією медичних знань є велика праця Н.М. Максимовича “Врачебное веществословие или описание целительных растений” (1783-1788).

Вчений надрукував книгу “Энциклопедия питания и врачевание, составленная личным лекарем Её Императорского величества Екатерины II в 1784 г. профессором Н. Амбодиком”.

В 1795 р. побачила світ нова книга Н.М. Максимовича “Первоначальные основания ботаники, руководствующие к познанию растений”. У 1795-1804 рр. – “Новый ботанический словарь на российском, латинском и немецком языках”.

Окрім акушерства та медицини Нестор Максимович займався геральдиком. У 1811 р. в Імператорській друкарні Санкт-Петербурга вийшла його книга “Избранные эмблемы и символы на российском, латинском, французском, немецком и английском языках объяснённые, прежде в Амстердаме, а потом во граде св. Петра 1788 года, с приумножением изданным Статским Советником Нестором Максимовичем Амбодиком”

Не дивлячись на свої заслуги перед наукою, Н.М. Максимович з невідомих причин у віці 54 роки припинив викладацьку діяльність і почав працювати консультантом при пологовому відділенні Калінкінської лікарні до самої смерті.

Невдячні колеги, учні, пацієнти не залишили пам'яті про місце вічного спочинку Великого Лікаря.

ЛІТЕРАТУРА

1. Рябов Г. Амбодик-Максимович Нестор Максимович / Г. Рябов // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.1: А-Ангиофиброма. – 2-е изд. – М.: Госмедиздат, 1956. – С. 898.
2. БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.1: А-Ангоб. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 19703. – 608 с. – Из содерж.: [Амбодик-Максимович Нестор Максимович]. – С. 508.
3. Данилишина Е.И. Н.М. Максимович-Амбодик / Е.И. Данилишина, Е.С. Обысова. – М., 1976. – 122 с.
4. УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.1: А-Борона. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1977. – 544 с. – Зі змісту: [Амбодик-Максимович Нестор Максимович]. – С.157.
5. Биологи: биогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Амбодик-Максимович Нестор Максимович]. – С. 16-17.
6. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Амбодик-Максимович Нестор Максимович]. – С. 24, 30, 31, 215, 216.
7. Ганіткевич Я. Український медичний календар на 2014 р. / Я. Ганіткевич. – К, 2013. – 84 с. – Зі змісту: [Нестор Максимович Амбодик-Максимович (Амбодик-Максимович)]. – С. 41.

ШЕК АВГУСТ СТІНБЕРГ КРОГ

До 140-річчя від дня народження



Шек Август Стінберг Крог народився 15 листопада 1874 р. в Грено (Ютландія) в сім'ї підприємця (суднобудівника, пивовара та видавця газети). З дитинства цікавився природою. У 14 років покинув школу, мріючи стати морським офіцером. Був взятий на службу на данський військово-морський корабель, що охороняв рибні промисли Ісландії. Через 1 рік продовжив навчання в кафедральній школі в Орхусі, а в 1893 р. вступив до університету в Копенгагені, де вивчав фізику і медицину. Великий вплив на юного Крога мали лекції професора Христіана Бора, фахівця в галузі фізіології крові та дихання. У 1897 р. почав працювати в лабораторії медичної фізіології під керівництвом Х. Бора. В

1899 р. одержав ступінь магістра наук із зоології і був призначений асистентом Бора. Для своїх досліджень А. Крог створив мікротонometr – прилад, що дозволяє вимірювати парціальний тиск або напругу газу, розчиненого в рідині. Під час морської експедиції в Гренландію у 1902 р. вчений вимірював вміст кисню та вуглекислого газу в морській та прісній воді і удосконалив метод фонетричного вимірювання розчинених газів. Ця робота розширила уявлення про роль океану в регуляції вмісту CO₂ в атмосфері. В 1903 р. А. Крог отримав докторський ступінь із зоології за дисертацію про легеневе та шкірне дихання жаби. Вчений встановив, що шкірне дихання у жаби відносно постійне, а легеневе – постійно змінюється, бо воно регулюється блукаючим нервом вегетативної нервової системи. За допомогою методу мікротонометрії вченим з групи А. Крога вдалося визначити тиск кисню і вуглекислого газу в легенях та крові і довести, що обмін газів відбувається шляхом простої дифузії. Так була спростована теорія активної секреції газів у легенях. А.Крог та Х. Бор описали вплив різних концентрацій CO₂ на криву дисонації оксигемоглобіну крові (це явище відомо як “ефект Бора”). У 1906 р. А. Крог отримав премію Зігена Австралійської АН за роботи, що показали неучасть газоподібного азоту в нормальних обмінних процесах у тварин. У 1907 р. Крог виступив на міжнародному з'їзді фізіологів у Гейдельберзі з повідомленням про дифузію газів у легенях. У 1908 р. А. Крог став ад'юнкт-професором Копенгагенського університету. Брав участь в експедиціях в Гренландію для вивчення обміну речовин і дихання ескімосів у зв'язку з м'ясною дієтою островітян. У 1910 р. Копенгагенський університет запропонував Крогу фізіологічну лабораторію в Нью-Вестергейді, де він зміг продовжити свої досліді. У співпраці з Йоганесом Ліндгардом, який з часом став професором теорії гімнастики, А. Крог визначив хвилиний об'єм серця в спокої та при м'язовому навантаженні, застосувавши окис азоту і визначивши швидкість кровотоку в легенях. Дослідники встановили, що кількість артеріальної крові, яка відходить від лівих відділів серця залежить від кількості крові, яка притікає до правих відділів.

У 1916 р. Крог був призначений професором зоології Копенгагенського університету. Вчений досліджував фізіологічну регуляцію капілярного кровоплину. В попередніх дослідженнях капілярів м'язів під бінокулярним мікроскопом було встановлено, що капіляри “відкриваються” і “закриваються” асинхронно, тобто не в ритмі коливань артеріального тиску. Був зроблений висновок, що площа “відкритих”,

тобто функціонуючих капілярів (капілярна дифузійна поверхня) повинна прямо залежати від поглинання кисню, а кількість функціонуючих капілярів, в свою чергу, регулюється місцевими механізмами, хімічними і температурними факторами. Через деякий час один із студентів А. Крога, Бьєвольф Вімтун дослідив, що “відкриття” та “закриття” капілярів регулюється скоротливими елементами, які знаходяться в клітинах Руже газообміну в легенях та регуляції капілярного кровотоку стали фізіологічною основою застосування ендотрахеального дихання та застосування гіпотермії при операціях на відкритому серці.

У 1920 р. А. Круг отримав Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття механізму регуляції просвіту капілярів”. А. Круг доказав, що в стані спокою працює лише частина капілярів, а під час роботи кількість їх зростає.

У 1922 р. А. Круг переїхав до США для участі в читанні Сініманівських лекцій в Йельському університеті. Йому вдалося вивчати інсулін, відкритий Ф.Г. Бактінгом, Д.Д. Х. Маклеором, оскільки дружина вченого хворіла діабетом. А. Круг багато зробив для організації в Данії лабораторії по вивченню та виробництву інсуліну. В подальшому він займався проблемою проникливості клітинних мембран для води та солей; цікавився проблемою соціобіології медоносних бджіл і написав низку статей, присвячених роботам Карла фон Фріша (1886-1982). Цікавився історією науки.

Коли нацистська Німеччина окупувала Данію, вчений переїхав у Швецію. Після перемоги над нацизмом повернувся на батьківщину і продовжив роботу в Копенгагенському університеті. Написав багато книжок на різні наукові теми.

При житті вчений був удостоєний багатьох нагород, в т.ч. медалі Бейлі Лондонського королівського товариства лікарів (1945), почесних ступенів Единбурзького, Будапештського, Геттінгенського, Гарвардського, Ратчерівського, Оксфордського університетів, університетів Лунда та Осло. Був почесним членом багатьох наукових товариств. Помер 13 вересня 1949 р. на 75 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Голубева Е. Круг Август / Е. Голубева // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.14: Косорукость-Курорты. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1960. – С. 811-812.
2. БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.13: Конда-КУН. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1973. – 608 с. – Из содерж.: [Круг Август]. – С. 472.
3. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Круг Август]. – С. 339.
4. УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.5: Кантата-Кулики. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1982. – 608 с. – Зі змісту: [Круг Август]. – С.534.
5. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Круг Август]. – С. 84-85.
6. Нобелевская премия. Лауреаты. Иллюстрированная энциклопедия / пер. с англ. Л. Гуськовой. – М.: ЭКСМО, 2009. – 296 с. – Из содерж.: [Август Круг]. – С.76.

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 33 (99)

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 25.11.2014

Формат 60*84/8. Папір офсетний

Гарнітура Times New Roman

Друк цифровий.

Ум. друк. арк. 7,44. Фіз. друк. арк. 8.

Наклад 90 прим.