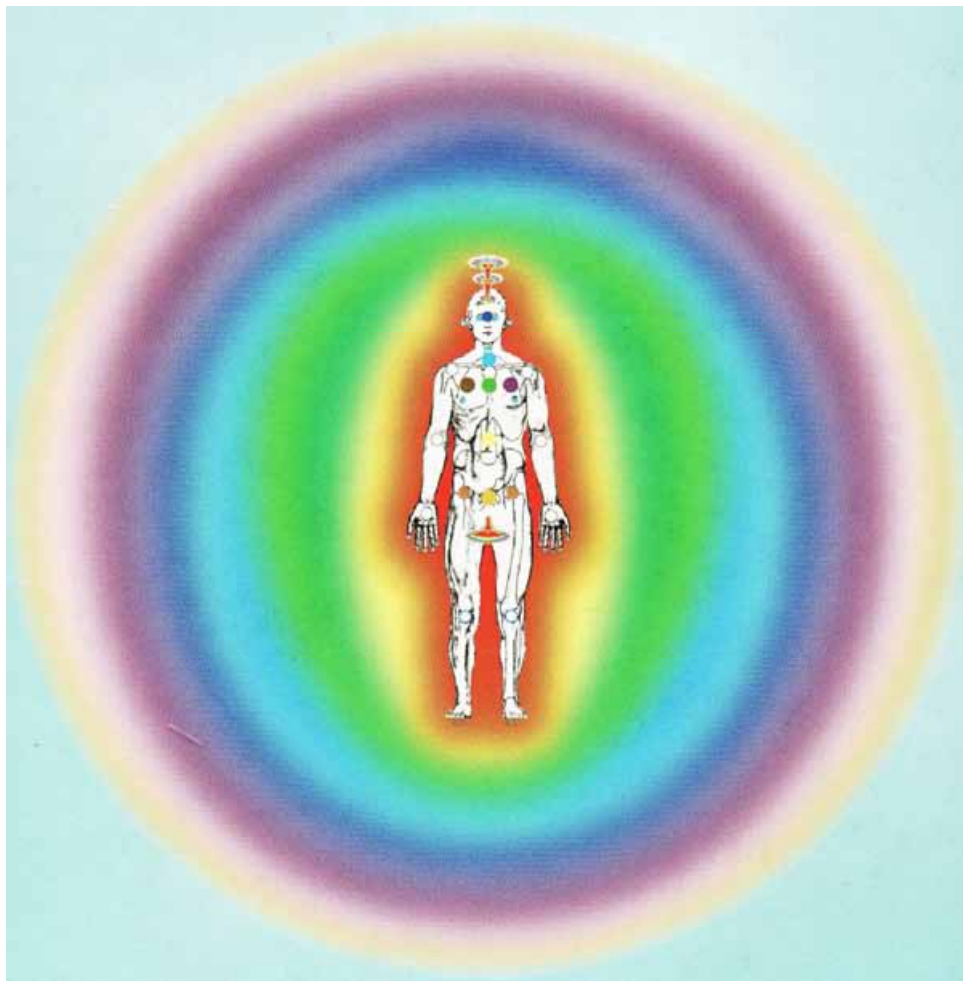


**Західний центр енергоінформаційних наук  
Українська Міжнародна академія  
профілактичної медицини НТШ**

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ  
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ**



**Збірник наукових праць  
Випуск 43 (109)**

**Львів 2015**

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), **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. праць. / За ред. доц. Ю.М. Панишка. – Львів, 2015. – Вип. 43 (109). – 68 с.**

До збірника увійшли 15 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, 2015

Васильчук А.Л.	Специфічні функції світлосіяче-зеленого тонкоматеріального тіла людини .....	5
Літвіняк Р.І.	Паранеопластичні синдроми при нирково-клітинному раку .....	12
Матвієнко Ю.О.	Генералізований тривожний розлад – медикаментозне лікування ....	18
Томашевський Я.І., Данилевич Н.Р., Сандурська С.Ю., Сулига І.Б., Хрупович Л.Б., Коноварт О.В., Фірчук М.В.	Рефлексотерапія із застосуванням ліпоєвої кислоти (тіотодар) та ксантинолу нікотинату (компламін, теонікол) при цукровому діабеті II типу .....	25
Шевчук Л.Т., Федоришина Л.М.	Інтернет-залежність як негативний фактор формування індивідуального та суспільного здоров'я .....	30
<b>ХРОНІКА</b>		
Панишко Ю.М., Лозинська Я.М., Шевелюк О.В.	Деякі визначні і пам'ятні дати вересня .....	35
Редколегія	Поздоровлення ювілярів ЛНМУ імені Данила Галицького .....	42
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Бумбар О.І., Тарасов В.В.	Хроніка вересня. Ювілейні дати українських лікарів та вчених .....	43
Юрків В.А., Панишко Ю.М., Васильчук А.Л.	Олександр Володимирович Палладін. До 130-річчя від дня народження .....	48
Юрків В.А., Панишко Ю.М., Васильчук А.Л.	Сергій Андрійович Андронаті. До 75-річчя від дня народження .....	50
Кравців Р.Й., Панишко Ю.М., Партика Х.В.	Борис Іванович Балінський. До 110-річчя від дня народження .....	52
Панишко Ю.М., Метельська Л.С.	Михайло Федорович Тимочко. До 80-річчя від дня народження .....	54
Бабляк С.Д., Гусак Л.І., Панишко Ю.М.	Юрій Андрійович Іванів. До 60-річчя від дня народження .....	56
Панишко Ю.М., Міхель Ю.М.	Дмитро Євгенович Бабляк. До 85-річчя від дня народження .....	58
Панишко Ю.М., Горицький В.М., Васильчук А.Л., Шалапська М.Ю.	Хроніка вересня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених .....	60
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л.	Хачатур Седракович Коштоянц. До 115-річчя від дня народження .....	65
Редколегія	Інформаційний матеріал .....	67

## Відомості про авторів

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

**Бумбар Олег Іванович** – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**Васильчук Анатолій Леонідович** – кандидат педагогічних наук, доцент анатомії, лікар еніопсихолог, магістр психотроніки та біомагнітології, народний цілитель України, майстер спорту України.

**Горицький Віктор Матвійович** – доктор медичних наук, професор кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, професор кафедри хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології Ужгородського національного університету.

**Гусак Леся Іванівна** – терапевт вищої кваліфікаційної категорії, завідувач терапевтичного відділення Львівської обласної клінічної лікарні.

**Данилевич Наталія Ришардівна** – лікар-ординатор Львівського ендокринологічного центру.

**Коноварт Оксана Вікторівна** – лікар-ординатор Львівського ендокринологічного центру.

**Кравців Роман Йосипович** – лікар ветеринарної медицини, доктор біологічних наук, професор, академік НААН України.

**Літвіняк Руслан Ігорович** – лікар-ординатор Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру.

**Лозинська Ярослава Михайлівна** – завідувач відділу обслуговування КЗ ЛОР “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

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

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

**Міхель Юрій Михайлович** – лікар-хірург вищої кваліфікаційної категорії Львівської обласної клінічної лікарні.

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

**Партика Христина Володимирівна** – бібліотекар наукової бібліотеки Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**Сандурська Соломія Юріївна** - лікар-ординатор Львівського ендокринологічного центру.

**Сулига Ірина Богданівна** – лікар-ординатор Львівського ендокринологічного центру.

**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.

**Федоришина Лариса Миколаївна** – кандидат економічних наук, доцент, завідувач кафедри економіки підприємства та менеджменту ПВНЗ “Університет економіки і підприємництва”.

**Фірчук Марта Володимирівна** - лікар-ординатор Львівського ендокринологічного центру.

**Хрупович Леся Богданівна** - лікар-ординатор Львівського ендокринологічного центру.

**Шалапська Марія Юліанівна** – завідувач відділу комплектування наукової бібліотеки Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**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.

**Юрків Василь Андрійович** – доктор медичних наук, професор, академік РАН, академік РАМН (м. Москва).

## СПЕЦИФІЧНІ ФУНКЦІЇ СВІТЛОСЯЮЧЕ-ЗЕЛЕНОГО ТОНКОМАТЕРІАЛЬНОГО ТІЛА ЛЮДИНИ

*Вперше у світі пояснюються специфічні функції світлосяюче-зеленого тонкоматеріального тіла людини.*

*Ключові слова: морфогенез; метаболізм; трансформація; модуляція; синтез; транспортування; перерозподіл; взаємообмін; захист; декодування; кодування; інтеграція; віддзеркалення; утворення.*

*Впервые в мире объясняются специфические функции светлосияще-зеленого тонкоматериального тела человека.*

*Ключевые слова: морфогенез; метаболизм; трансформация; модуляция; синтез; транспортирование; перераспределение; взаимообмен; защита; декодирование; кодирование; интеграция; отражение; образование.*

*The author is supposed to be the first in the world to introduce the specific functions of the bright green subtle body.*

*Key words: morphogenesis; metabolism; transformation; modulation; synthesis; transporting; distribution; mutual exchange; protection; decoding; coding; integration; reflection; creation*

Продовження з випуску 27(93)-42(108)

### Специфічні функції світлосяюче-зеленого тонкоматеріального тіла

**Пояснення та інтерпретація специфічних функцій світлосяюче-зеленого тонкоматеріального тіла:**

1. **Морфогенетична функція** світлосяюче-зеленого тіла проявляється як утворювальний і формувальний процес анатомічних та морфологічних структур фізичного тіла з перевагою морфогенезу нервової системи і органів чуття, особливо тих їх структур, які являються основою розвитку ПСІ-феноменального інтелекту, менталітету, емоцій, ПСІ-феноменальної інтуїції, ясного знання та поєднання ПСІ-феноменальних ясного знання, апріорних знань, ПСІ-феноменальних, інтелектуальних, ментальних, емоціональних, інтуїтивних і духовних проявів. В онтогенезі людини світлосяюче-зелене тонкоматеріальне тіло більшою мірою, ніж зелене тіло, інформаційно-енергетично забезпечує реалізацію певного рівня природно голографічно запрограмованого індивідуального росту, розвитку і диференціації усіх структурних рівнів фізичного тіла, особливо тих, що обумовлюють формування і поєднання ПСІ-феноменального інтелекту, менталітету, емоцій, ПСІ-феноменальної інтуїції, ясного знання, апріорних знань, духовності та ідентичності людини. Світлосяюче-зелене тонкоматеріальне тіло в онтогенезі людини забезпечує реалізацію відповідного рівня природного голографічного причинно-наслідкового індивідуального росту, розвитку та диференціації анатомічних та морфологічних структур фізичного тіла. Морфогенетичну функцію слід одночасно сприймати і пояснювати як специфічну та ідентичну.
2. В онтогенезі людини специфічні світлосяюче-зелені життєві інформаційно-енергетичні біоплазми інформаційно та енергетично **утримують і оновлюють** індивідуальні анатомічні норми будови, форми, структури, архітекτονіки і функцій усіх структурних рівнів фізичного тіла, особливо нервової системи та органів чуття, а також **захищають** від розпаду, знищення, патологічно-деструктивних змін і мутацій під час хвороб, травм, впливу біопатогенних, техногенних і негативних факторів.

3. **Метаболічна функція** проявляється безпосереднім впливом інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій та специфічних світлосяюче-зелених життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм світлосяюче-зеленого тіла на мікроструктури і ультраструктури залозистих клітин, на синтез і секрецію гормонів, ферментів, медіаторів та інших біологічно активних речовин, що обумовлюють індивідуальні особливості обміну речовин, і на характер метаболізму фізичного тіла. Ця функція проявляється метаболізмом світлосяюче-зелених інформаційно-енергетичних матерій, необхідних для забезпечення функціонування зеленого, світлосяюче-зеленого, оранжевого, світлосяюче-оранжевого, жовтого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, зеленої та світлосяюче-зеленої голографічних інтеграцій тонкоматеріальних тіл. Метаболічну функцію слід одночасно сприймати і пояснювати як специфічну та ідентичну.
4. **Кінетична функція** проявляється первинним інформаційно-енергетичним формуванням функцій у структурах світлосяюче-зеленого тонкоматеріального тіла з наступною передачею голографічно сформованих функцій відповідним структурам фізичного тіла і людині для їх практичної реалізації. Початок функціональної діяльності фізичного тіла з інтелектуальними, ментальними, емоційними, інтуїтивними, емоційно-ментальними, інтуїтивно-ментальними, інтелектуально-ментальними, ПСІ-феноменально-інтелектуальними проявами та проявами ясного знання і апріорних знань розпочинається у структурах світлосяюче-зеленого тіла та світлосяюче-зеленої голографічній інтеграції тонкоматеріальних тіл, а потім - у фізичному тілі. Кінетичну функцію слід одночасно сприймати і пояснювати як специфічну та ідентичну.
5. **Коректувальна функція** проявляється адекватним інформаційним, енергетичним та інформаційно-енергетичним забезпеченням сили, інтенсивності, тривалості, поступовості та послідовності виникнення, або одночасного виникнення, збалансованого співвідношення активності і пасивності функцій усіх анатомічних та морфологічних структур фізичного тіла; поєднанням ПСІ-феноменального інтелекту, менталітету, емоцій, ПСІ-феноменальної інтуїції, ясного знання, апріорних знань, духовності та практичної діяльності людини; вчасною переорієнтацією і оптимальною адаптацією до мінливих умов навколишнього середовища, до нової професійної діяльності, змін соціального положення, життєздатності та життєдіяльності, росту, до морфогенетичних змін фізичного тіла в онтогенезі, до безперервного розвитку людини і змін її характеристик. Коректувальна функція світлосяюче-зеленого тонкоматеріального тіла має значно більші можливості, ніж коректувальні функції зеленого, жовтого, світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче-червоного і червоного тонкоматеріальних тіл. При нормальному епіанатомічному розвитку цих тонкоматеріальних тіл їх коректувальні функції завжди проявляються збалансовано, взаємозалежно та доповнюють одна одну. Коректувальну функцію слід одночасно сприймати і пояснювати як специфічну та ідентичну.
6. У процесі онтогенетичного розвитку людини світлосяюче-зеленим тілом у світлосяюче-зелених, жовтих, зелених, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра **утримується та зберігається** від розпаду, знищення, патологічно-деструктивних змін та мутацій під час хвороб, травм, впливу біопатогенних, техногенних і негативних факторів індивідуальна генетична, інформаційно-енергетична, анатомічна, морфологічна і фізіологічна ідентичність фізичного тіла людини на усіх її анатомічних рівнях. Тіло інформаційно-енергетично обумовлює форми і структури біологічного та інформаційно-енергетичного імунітету людини у світлосяюче-зелених діапазонах електромагнітного спектра.
7. Інформаційно, енергетично та інформаційно-енергетично **обумовлює** інформаційно-енергетичну ідентичність, індивідуальність, імунітет і гомеостаз у світлосяюче-зелених,

- жовтих, зелених, блакитних та синіх діапазонах електромагнітного спектрі. Бере участь в обумовленні біотичного імунітету людини.
8. У світлосяюче-зелених, жовтих, зелених, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра **захищає** від інформаційного, енергетичного та інформаційно-енергетичного знищення усі анатомічні та морфологічні структурні рівні фізичного тіла, особливо нервової системи і органів чуття.
  9. **Захищає** людину та її тіла від негативного впливу коротких хвиль за межами гамма-випромінювань і довгих хвиль за межами радіохвиль. Своїм **жовтим компонентом** світлосяюче-зелене тіло захищає людину від низькочастотного випромінювання, **синім компонентом** – від рентгенівського випромінювання, а **блакитним компонентом** - від радіації.
  10. **Захищає** фізичне тіло, червоне, світлосяюче-червоне, оранжеве, світлосяюче-оранжеве, жовте, зелене і світлосяюче-зелене тонкоматеріальні тіла від проникання негативних інформацій, біопатогенних, неідентичних, неприродних і нетипових інформаційно-енергетичних матерій світлосяюче-зелених, зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра та біопатогенних мікроорганізмів.
  11. У світлосяюче-зелених, жовтих, зелених, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра інформаційно-енергетично **очищає** зелене і світлосяюче-зелене тонкоматеріальні тіла від негативних інформацій, біопатогенних, неідентичних, неприродних, невластивих, нетипових інформаційно-енергетичних матерій зелених, світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра, а всі анатомічні рівні фізичного тіла і організм в цілому - від шкідливих мікрочасток та біопатогенних мікроорганізмів, а за необхідності у **жовтих діапазонах** - жовте тонкоматеріальне тіло і жовтий компонент оранжевого та світлосяюче-оранжевого тонкоматеріальних тіл. Якщо світлосяюче-зелене тіло досягне універсального розвитку, то при потребі воно зможе інформаційно-енергетично очищати червоне і світлосяюче-червоне тонкоматеріальні тіла.
  12. У світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра світлосяюче-зелене тіло **управляє** інформаційно-енергетичною біоплазмою нового людського життя, **контролює** ріст, розвиток і диференціювання усіх анатомічних і морфологічних структур фізичного тіла та **забезпечує** функціонально необхідними інформаціями, мікрочастками, енергіями і необхідним світлом індивідуально-універсальну життєву інформаційно-енергетичну біоплазму, специфічні та високоспецифічні інформаційно-енергетичні біоплазми світлосяюче-зеленого, зеленого, жовтого, світлосяюче-оранжевого, оранжевого, компонентних світлосяюче-оранжево-жовтого і оранжево-жовтого тонкоматеріальних тіл.
  13. **Трансформує, модулює, синтезує і випромінює** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та біоплазми світлосяюче-зелених, зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра.
  14. На біотично-фізичному рівні **декодує і кодує** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та біоплазми світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища для морфогенетичних та функціональних потреб усіх анатомічних і морфологічних структур фізичного тіла, а на інформаційно-енергетичному рівні - для світлосяюче-зеленої та зеленої голографічних інтеграції тонкоматеріальних тіл.
  15. **Перерозподіляє** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та біоплазми світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра морфогенетичного, поєднаного біотичного, соціального, інтелектуального, ментального, емоційного, інтуїтивного, духовного, ПСІ-феноменального розвитку ясного знання, апріорних знань та цілительства між усіма анатомічними структурами фізичного тіла, особливо нервової системи і органів чуття,

- між фізичним тілом та тонкоматеріальними тілами і між тонкоматеріальними тілами зеленої та світлосяюче-зеленої голографічних інтеграцій тонкоматеріальних тіл.
16. **Забезпечує** інформаційно-енергетичні взаємообміни у світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра між усіма анатомічними структурами фізичного тіла, фізичним тілом і тонкоматеріальними тілами, між тілами світлосяюче-зеленої та зеленої голографічних інтеграцій тонкоматеріальних тіл і взаємообміни тонкоматеріальних тіл з природними для людини інформаційно-енергетичними полями людей, тварин, Природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і Духовного Буття.
  17. **Забезпечує** фізичне тіло, світлосяюче-зелене, зелене, оранжеве, світлосяюче-оранжеве, жовте, блакитне, бірюзове, синє, бузкове, фіолетове, рожеве, біле та золоте тонкоматеріальні тіла потрібною кількістю необхідних інформацій, мікрочасток, світла, енергії інформаційно-енергетичних субстанцій та біоплазм світлосяюче-зелених, жовтих, зелених, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра, які мають значення для морфогенезу, нового людського життя, поєднаного інтелектуального, ментального, емоціонального, інтуїтивного, духовного, ПСІ-феноменального розвитку яснознань, апріорних знань і цілительства. При цьому світлосяюче-зелене тонкоматеріальне тіло приймає від тонкоматеріальних тіл подібні інформаційно-енергетичні матерії для забезпечення свого функціонування.
  18. **Забезпечує** у світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра інформаційно-енергетичний перехід між низькочастотними та високочастотними інформаційно-енергетичними рівнями Буття, між фізичним тілом, світлосяюче-зеленим, оранжевим, світлосяюче-оранжевим, жовтим, блакитним, бірюзовим, синім, бузковим, фіолетовим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальними тілами, між тонкоматеріальними тілами та інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища.
  19. **Інформаційно-енергетично обумовлює** поєднаний інтелектуальний, ментальний, емоціональний, інтуїтивний і духовний розвиток; ПСІ-феноменальні цілительські здібності, екстрасенсорну чутливість, початкові прояви ПСІ-феноменального інтелекту, менталітету, яснознання, ПСІ-феноменальної інтуїції та ПСІ-феноменальної здібності приймати апріорні знання. Світлосяюче-зелене тіло інформаційно-енергетично посилює в **зеленому** тілі цілительські здібності, сприяє досягненню **жовтим** тілом позатілесної проєкції, розвитку телепатичних здібностей, переміщенню думок і жовтого тіла у часі та просторі, вмінню релаксації, концентрації, імагінації, візуалізації, медитації, а в **оранжевому і світлосяюче-оранжевому** тілах посилює мотивацію до володіння фізичним тілом, володіння здібностями ПСІ-феноменального цілительства, вміння концентруватися на будь-якому органі, структурі, функції фізичного тіла і тонкоматеріальних тіл, вміння відчувати і усвідомлювати початок, перебіг, кінець та характер будь-якої функції будь-якого органа фізичного тіла.
  20. **Уможлиблює** симбіоз світлосяюче-зеленого тонкоматеріального тіла з фізичним тілом у світлосяюче-зелених, зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра. **Без цього симбіозу неможливий прояв біотичного життя людини в умовах Землі.**
  21. **Являється** основою для створення світлосяюче-зеленої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл і приймає участь в утворенні оранжевої, світлосяюче-оранжевої, жовтої, зеленої, блакитної, бірюзової, синьої, бузкової, фіолетової, рожевої, білої та золотої голографічних інтеграцій тонкоматеріальних тіл. **Без світлосяюче-зеленого тонкоматеріального тіла неможлива світлосяюче-зелена голографічна інтеграція тонкоматеріальних тіл.**
  22. **Утворює** специфічні та високоспецифічні світлосяюче-зелені життєві інформаційно-енергетичні біоплазми і приймає участь в утворенні індивідуально-універсальної



життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми у світлосяюче-зелених, зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра. У світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра постійно **випромінює** у зовнішнє середовище інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та біоплазми людини, таким чином **бере участь** у створенні життєвого інформаційно-енергетичного середовища людини, наповнюючи новим інформаційним змістом та енергетично посилюючи інформаційно-енергетичні поля зовнішнього середовища, зокрема індивідуального психічного поля, родинного психічного поля, психічного поля соціальної групи, універсального психічного поля Землі, універсального психічного поля Всесвіту, духовних полів людства та окремих інформаційно-енергетичних полів Всесвіту.

23. **Створює** інформаційно-енергетичну основу поєданого інтелектуального, ментального, емоціонального, інтуїтивного, духовного, ПСІ-феноменального розвитку цілительства, екстрасенсорної чутливості, диференціації інформаційно-енергетичних полів, їх інформаційного змісту, яснознання, апріорних знань та основу для їх прояву.
24. У світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра бере участь у **створенні** індивідуального інформаційно-енергетичного біоплазматичного поля людини.
25. Морфогенетична, метаболічна, кінетична, коректувальна та функція забезпечення індивідуальної генетичної та інформаційно-енергетичної світлосяюче-зеленої ідентичності людини, функція забезпечення біологічного та інформаційно-енергетичного імунітету людини **уможливлюються спільним функціонуванням** фізичного тіла, світлосяюче-зеленого, червоного, світлосяюче-червоного, оранжевого, світлосяюче-оранжевого, жовтого і зеленого тонкоматеріальних тіл. Ці функції посилюються, розширюються і вдосконалюються менш щільними тонкоматеріальними тілами.
26. Світлосяюче-зелене тонкоматеріальне тіло **вільно проникає** крізь зелене, жовте, світлосяюче-оранжеве, оранжеве, світлосяюче-червоне і червоне тонкоматеріальні тіла і фізичне тіло, з яким голографічно з'єднується, перебуває у симбіозі та утворює голографічну структурно-функціональну єдність. При прониканні крізь тонкоматеріальні тіла світлосяюче-зелене тіло повторює їх форму, структуру, внутрішню архітектуру і утворює з ними **6** вторинних ідентичних тонкоматеріальних тіл: світлосяюче-зелено-зелене, світлосяюче-зелено-жовте, світлосяюче-зелено-світлосяюче-оранжеве, світлосяюче-зелено-оранжеве, світлосяюче-зелено-світлосяюче-червоне і світлосяюче-зелено-червоне.
27. **Приймає, декодує, кодує і зберігає** у світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра поєдані інтелектуальні, ментальні, емоційні, інтуїтивні, духовні, ПСІ-феноменальні інформації та інформації практичної діяльності людства, Природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту, Духовного Буття, використовуючи їх для формування індивідуальних уявлень, знань, гіпотез, універсальних теорій, технологій, методологій і технічних рішень, які походять з фізичних та духовних законів Землі, Всесвіту, Духовного Буття, перебувають з ними у гармонії, ґрунтуються на єдності матеріального, духовного, минулого, теперішнього, майбутнього, людського, земного та космічного і можуть бути трансформовані для вирішення проблем матеріального світу Землі та Всесвіту.
28. **Голографічно фіксує та інтегрує** інтелектуальні, ментальні, емоціональні, інтуїтивні, духовні та ПСІ-феноменальні інформації, що відносяться до усіх рівнів Буття людства, Природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту та Духовного Світу.
29. **Формує** з інформацій людського, земного, біосферичного, ноосферичного, всесвітнього і Духовного Буття інтегральну інформаційно-енергетичну голографічну матрицю світлосяюче-зелених діапазонів електромагнітного спектра біотичного, соціального, психічного, інтелектуального, ментального, емоціонального, інтуїтивного, морального,

- етичного, естетичного, духовного, ПСІ-феноменального розвитку, вдосконалення і проявів людини.
30. **Поєднує** окремі голограми інтелектуальних, ментальних, емоціональних, інтуїтивних, духовних, ПСІ-феноменальних і практичних дій в інтегральну голограму зі структурною та функціонуючою автономією окремих голограм у світлосяюче-зелених діапазонах електромагнітного спектра.
  31. **Забезпечує ідентичними** світлосяюче-зеленими, зеленими, жовтими, блакитними і синіми інформаційно-енергетичними матеріями з усіх інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища свідомі, підсвідомі, несвідомі та надсвідомі процеси мислення, інтелектуальну, ментальну, емоціональну, інтуїтивну, духовну ПСІ-феноменальну і практичну діяльність.
  32. **Виконує функції посередника** між фізичним тілом людини і Абсолютом в пізнанні Абсолюту, Землі, Всесвіту, Духовного Буття і свого духовного «Я» та дає можливість людині реалізувати протягом життя її мудрість.
  33. **Бере участь** у створенні спільної інформаційно-енергетичної основи інтелектуальної, ментальної, емоційної, інтуїтивної, духовної, ПСІ-феноменальної та практичної діяльності Всесвіту, Землі, суспільства, людського інтелекту, менталітету, емоціональності, людської інтуїтивності та духовності.
  34. **Дає** думці інформаційно-енергетичну силу, яка може впливати на еволюційний розвиток людини, суспільства, Природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту, Духовного Буття та змінювати властивості інформацій, мікрочасток, світла, енергії, часу, простору і будь-якої матерії.
  35. **Допомагає** мозку на фізичному рівні людини інформаційно-енергетично оцінювати інформаційний характер ідей, гіпотез, думок, теорій, технологій, методологій і результатів науково-практичної діяльності суспільства та окремих людей.
  36. **Допомагає** людині Інформаційно-енергетично у світлосяюче-зелених, зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра відчувати, усвідомлювати, диференціювати, запам'ятовувати, аналізувати інформації, думати і приймати рішення.
  37. **Посилює** інформації інтелекту і менталітету енергіями у світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра, **передає** до центрів мозку посилену інформацію, яка збуджує мозкові центри, забезпечує в них відповідні біохімічні, електромагнітні та інформаційно-енергетичні процеси мислення, відчуття, емоційних переживань, думок і мислення.
  38. **Утворює** емоціональні, інтуїтивні, інтелектуальні і ментальні інформації та імплантує їх до енергій збудження мозку, які починають, підтримують, стимулюють і посилюють процеси мислення, сприяють закінченому формуванню уявлень, знань, думок, ідей, гіпотез, теорій, методологій, технологій, технічних рішень та інтелектуальним, ментальним, інтуїтивним, емоціональним почуттям і переживанням.
  39. **Забезпечує** координацію, синхронізацію, поступовість, послідовність, динаміку та ритм перебігу інтелектуальних, ментальних, емоціональних, інтуїтивних, духовних і ПСІ-феноменальних інформаційно-енергетичних процесів між усіма тілами, мозком, еніомозком, інтелектом, еніоінтелектом людини та інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища.
  40. **Забезпечує** інформаційно-енергетичні взаємообміни у світлосяюче-зелених, жовтих, зелених, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра між усіма тілами людини та взаємообмін тіл людини з інформаційно-енергетичними, інтелектуальними, ментальними, емоційними, інтуїтивними, духовними і ПСІ-феноменальними аспектами усіх інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища.
  41. **Встановлює** довічний і безперервний інформаційно-енергетичний взаємообмін з центрами мозку, особливо з тими, які визначають інтелектуальний, ментальний, емоційний, інтуїтивний, духовний і ПСІ-феноменальний розвиток людини.

42. **Керує** будовою, формою, структурою, архітектонікою і функціями окремих голограм та інтегральної голограми інтелектуальної, ментальної, емоційної, інтуїтивної, духовної, ПСІ-феноменальної та практичної діяльності у структурах тонкоматеріальних тіл та процесом збалансування цих голограм з анатомо-функціональними структурами фізичного тіла.
43. **Окремі голограми та інтегральна голограма** інтелектуальної, ментальної, емоційної, інтуїтивної, духовної, ПСІ-феноменальної та практичної діяльності у світлосяюче-зеленому тонкоматеріальному тілі інформаційно-енергетично взаємопритягуються, посилюються і з'єднуються з ідентичними голограмами суспільства, окремих людей, Природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і Духовного Буття.
44. **Акумулюють, утримують, розділяють і випромінюють** упродовж життя інформації єдності інтелекту, менталітету, інтуїції, емоцій, духовності, ПСІ-феноменальних здібностей і практичної діяльності, а після смерті передають їх блакитному, бірюзовому, синьому, бузковому, фіолетовому, рожевому, білому та золотому тонкоматеріальним тілам, у яких ці інформації вічно зберігаються і можуть передаватися новому людському життю.
45. **Захищає** від інформаційно-енергетичного знищення індивідуальні окремі голограми та інтегральну голограму інтелекту, менталітету, емоцій, інтуїції, духовності, ПСІ-феноменальності та практичної діяльності людини, а також світлосяюче-зелену голографічну інтеграцію тонкоматеріальних тіл, і **допомагає захищати** жовте тіло, жовту голографічну інтеграцію тонкоматеріальних тіл, жовтий компонент оранжевого та світлосяюче-оранжевого тонкоматеріальних тіл.
46. **Не допускає проникання** біопатогенних, невластивих, неприродних, нехарактерних і неідентичних інтелектуальних, ментальних, емоційних, інтуїтивних, ПСІ-феноменальних та антидуховних інформаційно-енергетичних матерій до свого внутрішнього середовища і внутрішніх середовищ зеленого, жовтого, світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче-червоного, червоного та фізичного тіл.
47. У світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра світлосяюче-зелене тіло своїми внутрішніми частинами **формує та відображає** у просторі всі ультра-, мікро- і макроанатомічно-морфофункціональні структури фізичного тіла та структури світлосяюче-зеленого, зеленого, жовтого, світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче-червоного і червоного тіл. Фізичне тіло представлене 10 разів тільки у внутрішній частині світлосяюче-зеленого тіла: 1 раз – у первинній інтегральній світлосяюче-зеленій голографічній матриці; 3 рази – у компонентних матрицях жовтого, блакитного і синього діапазонів електромагнітного спектра; 6 разів – у світлосяюче-зелено-зеленій, світлосяюче-зелено-жовтій, світлосяюче-зелено-світлосяюче-оранжевій, світлосяюче-зелено-оранжевій, світлосяюче-зелено-світлосяюче-червоній і світлосяюче-зелено-червоній ідентичних голографічних матрицях. У зовнішній частині 10 разів представлена голографічна матриця нервової системи і органів чуття: 1 раз – в інтегральній світлосяюче-зеленій голографічній матриці, 3 рази – у компонентних матрицях жовтого, блакитного і синього діапазонів електромагнітного спектра та 6 разів – у світлосяюче-зелено-зеленій, світлосяюче-зелено-жовтій, світлосяюче-зелено-світлосяюче-оранжевій, світлосяюче-зелено-оранжевій, світлосяюче-зелено-світлосяюче-червоній і світлосяюче-зелено-червоній ідентичних голографічних матрицях.

**Продовження у випуску 44(110)**

## ЛІТЕРАТУРА

1. Васильчук А. Л. Функціональна анатомія тонкоматеріальних тіл людини. Львів.: „Каменярь”, 2003. - 416 с. + 24 акр. вклейок.

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

**Р.І. ЛІТВІНЯК**

### **ПАРАНЕОПЛАСТИЧНІ СИНДРОМИ ПРИ НИРКОВО-КЛІТИННОМУ РАКУ**

*В оглядовій статті розглянуто епідеміологічні та клінічні особливості найпоширеніших паранеопластичних синдромів у хворих на нирково-клітинний рак.*

*Ключові слова: паранеопластичний синдром, нирково-клітинний рак, клінічні особливості.*

*В обзорной статье рассматриваются эпидемиологические и клинические особенности самых распространённых паранеопластических синдромов у больных на почечно-клеточный рак.*

*Ключевые слова: паранеопластический синдром, почечно-клеточный рак, клинические особенности.*

*This review paper considers epidemiological and clinical features of the most widespread paraneoplastic syndromes in patients with renal cell cancer.*

*Key words: paraneoplastic syndrome, renal cell cancer, clinical features.*

Термін нирково-клітинний рак (НКТ) включає в себе різні підтипи злоякісного ураження нирки із специфічними патогістологічними та генетичними характеристиками. Завдяки широкому впровадженню та вдосконаленню методів променевої діагностики (спіральна комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, ультрасонографія), кількість клінічно безсимптомних форм НКТ, що випадково діагностовано, суттєво зростає. За даними Національного інституту раку, в Україні показник захворюваності серед чоловіків у 1997 році становив 10,1 на 100 тис. населення, а у 2009 році – 13,6 на 100 тис. населення. Серед жіночого населення у 1997 році показник захворюваності становив 6,2 на 100 тис. населення, а у 2009 році – 8,1 на 100 тис. населення [1]. У США щорічно виявляють 62000 нових випадків, а смертність від НКТ становить майже 14000 смертей. У країнах Європейського Союзу ці показники у 2012 році становили 84000 випадків і 35000 смертей відповідно [2,3]. Встановлено, що у 25–30% пацієнтів діагностують метастази на момент виявлення захворювання і навіть після радикального оперативного лікування у 20–30% хворих захворювання прогресує [1].

Широкий спектр симптомів, якими проявляється нирково-клітинна карцинома, дозволяє деяким авторам називати її «пухлиною інтерністів». Класичною діагностичною тріадою при цій патології є біль у поперековій ділянці, пухлина, що пальпується, та гематурія, проте цей

симптомокомплекс, згідно результатів різних досліджень, зустрічається не частіше, ніж у 10% пацієнтів, за іншими даними – у 6-12% випадків [1,4]. Частіше НКР маніфестує системними та паранеопластичними синдромами (ПНС) (підвищена швидкість осідання еритроцитів, кахексія, анемія, втрата маси тіла, гарячка, гіперкальціємія, поліцитемія тощо), які нерідко не дозволяють встановити своєчасний та правильний діагноз.

Приблизно у 10-40% хворих з НКР розвиваються паранеопластичні синдроми, що можуть бути як первинними ознаками пухлини, так і свідчити про її рецидив. Механізми розвитку цих синдромів є різними. Одна із причин ПНС – ектопічна чи надмірна продукція пухлинними клітинами біологічно активних речовин, гормонів чи їх попередників (еритропоєтину, реніну, паратгормону, глюкагону тощо), що формують ті чи інші прояви (поліцитемія, гіпертензія, гіперкальціємія, порушення вуглеводного обміну). Іншим патогенетичним механізмом є реакція імунної системи у відповідь на наявність пухлинного антигену. Внаслідок імунних зрушень утворені антитіла перехресно реагують із тканинами, що і призводить до виникнення паранеопластичних порушень.

Нижче буде розглянуто патогенез, клінічні особливості та лікування найпоширеніших ПНС у хворих із нирково-клітинною карциною:

### **Гіперкальціємія**

Паранеопластична гіперкальціємія зустрічається у 20% хворих із злоякісними новоутворами і є одним із найпоширеніших ПНС у пацієнтів з НКР, оскільки уражає від 13 до 20% хворих. Проте гіперкальціємія, зумовлена наявністю метастазів у кістки (метастатична гіперкальціємія), теж часто зустрічається у даній групі. Загалом відомо, що у хворих з НКР, які мають підвищений рівень кальцію в плазмі, у 75% випадків виявляють високу стадію захворювання, а у 50% - кісткові метастази. Проте як наявність, так і рівень гіперкальціємії істотно не корелюють зі стадією пухлини чи виживанням [5,6].

В патогенезі захворювання найважливіше значення відіграє протеїн РТНгР (parathyroid hormone-related protein), який опосередковано через аденілатциклазний шлях діє на паратгормонові рецептори, що містяться у нирках та кістках. Внаслідок чого виникає підвищення рівня кальцію плазми крові (простеокластична активність), зниження ниркового кліренсу кальцію та зниження реабсорбції фосфору. Також спостерігається зниження рівня 1,25-(ОН)<sub>2</sub>-вітаміну D<sub>3</sub>, яке зумовлене інгібуванням ниркової 1,25-гідроксилази [7]. Вважають, що такі фактори, як трансформуючий фактор росту ( $\alpha$ - і  $\beta$ -TGF), остеобласт-активуючий фактор ОАФ, інтерлейкін-1 (IL-1) та туморнекротичний фактор (TNF) також беруть участь у загостренні неметастатичної гіперкальціємії, посилюючи дію РТНгР [8]. Клінічна картина у більшості випадків поліморфна, із домінуванням неспецифічних симптомів - астенія, біль голови, втрата апетиту, нудота, блювання, закрепи, поліурія, полідипсія. У деяких пацієнтів гіперкальціємія маніфестує порушенням свідомості, комою і навіть смертю, коли рівень кальцію досягає 18 mg/dl. Для дифдіагностики з метастатичною гіперкальціємією важливим є те, що для останньої майже завжди характерний біль в уражених кістках. При фізикальному обстеженні виявляють зниження глибоких сухожилкових рефлексів, ознаки дегідратації. При електрокардіографії - зростання інтервалів PR і QT, брадиаритмії. Лабораторними ознаками паранеопластичної гіперкальціємії є підвищення рівня загального та іонізованого кальцію (при відсутності інших причин, зокрема надмірне споживання вітаміну D, саркоїдоз, метастази у кістки), низькі рівні фосфору, хлору, паратгормону та 1,25-(ОН)<sub>2</sub>-вітаміну D<sub>3</sub>, висока концентрація фосфору в сечі.

Ефективне лікування пухлини зазвичай ліквідує гіперкальціємічний синдром. У випадках, коли необхідне невідкладне лікування, використовують інфузійну терапію фізіологічним розчином, діуретини; для тривалої терапії застосовують бісфосфонати (інгібують

остеобласти і резорбцію кісток), кальцитонін (сприяє фіксації кальцію в кістках). У рефрактерних випадках позитивний результат дають хелатний агент EDTA (етилендіамінтетрацтова кислота) чи мітраміцин, які знижують рівень кальцію шляхом інгібування RNA синтетази в остеокластах. Існують повідомлення про хороший результат від застосування інгібітора тирозинкіназ сунітинібу [9].

### **Поліцитемія**

Поліцитемія виявляється у 1-8% випадків НКР. У пацієнтів підвищена кількість еритроцитів зумовлена дією еритропоетину (ЕПО) – глікопротеїну, що секретується перитубулярними інтерстиційними клітинами і збільшує кількість еритропоетинчутливих активованих стовбурових клітин у кістковому мозку, які перетворюються у попередники еритроцитів. Неадекватна і часто безсимптомна гіперпродукція еритропоетину зустрічається майже у 66% хворих [10]. Існують думки про те, що пухлинні клітини можуть утворювати неактивні форми ЕПО [11]. Поширеність підвищеного рівня ЕПО серед хворих з НКР робить його об'єктом досліджень як потенційного пухлинного маркера та маркера терапевтичної відповіді, оскільки його концентрація зростає при рецидиві пухлини та метастатичному поширенні захворювання [12].

У хворих з поліцитемією (еритроцитозом) зростає судинний опір, знижуються хвилинний об'єм серця, перфузія тканин і розвивається гіпоксія. Клінічно еритроцитоз проявляється синдромом плетори, для якого характерними є ін'єкція капілярів склер, слизових оболонок та шкіри, ціаноз, тромботичні ускладнення [13]. Hurtarte Sandoval AR та його колеги описали клінічний випадок паранеопластичного еритроцитозу у хворого з НКР, що ускладнився транзиторною ішемічною атакою з появою лівобічного геміпарезу та афазії [14]. Alimonti A. та співавтори опублікували цікаве повідомлення про хворого, у якого з'явилися ознаки паранеопластичного еритроцитозу та метастазу у дельтовидний м'яз через 3 місяці після нефректомії. Незважаючи на високі показники еритроцитів та гематокриту, рівень еритропоетину в плазмі крові знаходився в межах норми, а на момент виявлення первинної пухлини еритроцитоз був відсутнім. Проведена метастазектомія нормалізувала показники загального аналізу крові [15].

Лікування поліцитемії полягає в успішній терапії НКР. Для профілактики тромбозів призначають антиагреганти та антикоагулянти.

### **Гіпертензія**

Підвищення артеріального тиску спостерігається у 14–35% хворих з НКР, у яких діагностують паранеопластичні синдроми [16]. Паранеопластична гіпертензія чітко асоціюється із низькодиференційованим світло-клітинним раком. Декілька досліджень не показали достовірних результатів щодо взаємозв'язку наявності гіпертензії та прогнозом. Потенційними механізмами розвитку гіпертензії у хворих з НКР є підвищена продукція реніну, компресія ренальної паренхіми, наявність артеріовенозної нориці та поліцитемія. Ренін-продукуючі пухлини походять з юкстагломерулярного апарату і асоціюються з гіперальдостеронізмом та гіпокаліємією. Згідно результатів досліджень підвищену концентрацію реніну виявлено у 37% пацієнтів з НКР та у 87% пацієнтів з пухлиною Вільмса, а його рівень не корелює із ступенем артеріальної гіпертензії [17]. У 85% хворих з паранеопластичною гіпертензією при НКР показники артеріального тиску нормалізуються після проведення нефректомії [12].

### **Неметастатична нефрогенна гепатопатія**

Неметастатична нефрогенна гепатопатія (синдром Штауффера) - унікальна та рідкісна паранеопластична маніфестація нирково-клітинного раку, що клінічно проявляється холестатичним синдромом. Частота синдрому Штауффера, згідно різних досліджень, становить 3–20% серед пацієнтів з НКР. Синдром холестази доволі часто зустрічається у пацієнтів із

злюкисними захворюваннями і зумовлений зовнішньою компресією гепатобіліарного дерева збільшеними лімфатичними вузлами, пухлинами підшлункової залози, дванадцятипалої кишки, жовчного міхура чи метастатичним ураженням печінки [18]. Неметастатична нефрогенна гепатопатія описана також при раку простати, бронхогенному раку та злюкисних лімфопрولیферативних захворюваннях [19,20]. Патогенез до кінця невідомий. Деякі вчені вважають, що пухлина секретує гепатотоксини або лізосомальні ензими, що стимулюють печінкові катепсини чи фосфатази, які, у свою чергу, призводять до гепатоцелюлярного ушкодження. Згідно іншої теорії гепатотоксини, викликаючи пошкодження гепатоцита, запускають певні імунні механізми.

Клінічно синдром Штауффера проявляється гепатоспленомегалією, підвищенням температури тіла та зниженням маси тіла. Метастатичне ураження печінки відсутнє. При лабораторних дослідженнях виявляють підвищений рівень лужної фосфатази, ШОЕ, альфа-2 глобуліну, ГГТ, тромбоцитоз, подовження протромбінового часу. Зростання трансаміназ, лужної фосфатази та протромбінового часу зустрічається у 66% випадків [21].

Паранеопластична холестатична жовтяниця – надзвичайно рідкісний варіант синдрому Штауффера. Існує лише декілька повідомлень про її поєднання з НКР [22]. Dougakis SP та його колеги вперше у 1997 році описали два кіничні випадки паранеопластичної жовтяниці у хворих на НКР. Першим пацієнтом була 65-річна жінка без гепатобіліарної патології в анамнезі, госпіталізована зі скаргами на жовтяницю, свербіж, потемніння сечі. На КТ органів черевної порожнини виявлено 2.5 см утвор правої нирки. На фоні проведеної правобічної нефректомії клінічні симптоми зникли і лабораторні показники нормалізувалися [23].

Хоч і наявність неметастатичної нефрогенної гепатопатії не є прогностичним фактором, проте зниження рівня печінкових ферментів після нефректомії вказує на кращі показники виживання. 1-річне виживання після хірургічного видалення НКР для пацієнтів, у яких рівень ензимів нормалізувався, становить 88%, а у осіб, що мали надалі підвищені показники, - 26% [12].

#### **Паранеопластичні системні прояви**

Гарячка, анемія, зниження маси тіла та слабкість розвиваються приблизно у третини хворих і можуть бути першими ознаками захворювання. Гарячку виявляють у 20-30% хворих з раком нирки, а як моносимптом – близько 2% випадків [24]. Вважають, що системні симптоми зумовлені впливом цитокінів, зокрема TNF, IL-6, IL-1, інтерферонів та простагландинів. В одному дослідженні у 18 з 71 пацієнтів, хворих на НКР, виявлено підвищений рівень IL-6, а 78% з цих хворих скаржилися на гарячку [25].

Анемія при злюкисних новоутворах нирки зустрічається у 20% пацієнтів і зумовлена кількома причинами, а саме: зниженим харчовим статусом хворого, наявністю хронічної патології та продукцією пухлиною залізо-зв'язуючих протеїнів, таких як феритин та лактоферин [26]. Ding GX та його колегами проаналізовано 1,512 пацієнтів, яким проводилася радикальна нефректомія чи нефро-зберігаючі операції. Було виявлено наступні паранеопластичні синдроми: кахексія – у 345 пацієнтів (33.6%), анемія - 321 (31.2%), пірексія - 246 (23.9%), гіперкальціємія - 69 (6.7%), поліцитемія - 62 (6.0%) [27].

Низка інших ендокринних розладів асоціюється з НКР, зокрема порушення вуглеводного обміну. Існує декілька повідомлень щодо гіпоглікемії та гіперглікемії, які нормалізувалися після нефректомії з приводу нирково-клітинної карциноми. Jobe BA та співавтори описують пацієнта із важкою гіперглікемією, кетоацидозом та гіперосмолярною комою. Після проведеної нефректомії рівень глюкози нормалізувався, показів до інсулінотерапії не було [28].

Людський хоріонічний гонадотропін, який у нормі продукується синцитіотрофобластами плаценти, зростає у деяких хворих з НКР, кількість яких може досягати 6%. Mohammed Piyas MI та його колеги повідомили про 60-річного чоловіка з гінекомастією та поліцитемією, у якого виявили світло-клітинний рак правої нирки, що продукував людський хоріонічний гонадотропін. Після радикального хірургічного лікування в межах 6 місяців гінекомастія регресувала, а хоріонічний гонадотропін не визначався [29].

Звертає на себе увагу і паранеопластична імунна тромбоцитопенічна пурпура (ІТП). Взаємозв'язок ІТП із злоякісною патологією крові, зокрема хронічною лімфоїдною лейкемією та лімфомою Ходжкіна, вперше встановлено у 1966 році. Kim та Boggs у 1979 році повідомляли про 10 пацієнтів із злоякісними новоутворами різної локалізації. З того часу нараховується ще 20 клінічних випадків, зокрема з раком молочної залози, ШКТ, легень, яєчників, яєчок, простати, сечового міхура, нирок). Всього описано п'ять клінічних випадків паранеопластичної ІТП у хворих з НКР. Тромбоцитопенія у хворих із злоякісною пухлиною зумовлена декількома механізмами: хіміопроменевою терапією, що спричинює гіпоплазію кісткового мозку, інфільтрацією останнього, зниженням кількості тромбоцитів внаслідок дисемінованого внутрішньосудинного згортання чи тромботичною тромбоцитопенічною пурпурою. Встановлено, що ступінь паранеопластичної ІТП при НКР не корелює із розміром пухлинних мас та зустрічається з однаковою частотою серед локалізованих форм і у хворих з метастатичним поширенням [30,31].

Паранеопластичні дерматологічні синдроми при НКР зустрічаються рідко. Існують лише декілька таких повідомлень, включаючи **паранеопластичний пемфігус, уртикарний васкуліт, набутий іхтіоз, кільцевидну мігруючу еритему та пігментно-папілярну дистрофію шкіри (acanthosis nigricans)** [32-35]. Зовсім мало інформації можна знайти в літературі про ревматологічні паранеопластичні синдроми у хворих із злоякісною патологією нирок. Здебільшого це поодинокі клінічні випадки, зокрема **ювенільний ідіопатичний артрит, хвороба Стілла, паранеопластичний поліміозит, ревматична поліміалгія, лейкоцитокластичний васкуліт** [12].

Отже, кожен практикуючий лікар, незалежно від спеціальності, має пам'ятати про широкий спектр симптомів (особливо паранеопластичні синдроми), якими проявляється нирково-клітинний рак. Для клінічних онкологів та онкоурологів важливим є те, що поява паранеопластичного синдрому може свідчити про прогресування захворювання. Подальше вивчення багатьох ПНС в майбутньому може покращити діагностичну та терапевтичну стратегії щодо нирково-клітинного раку.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Стаховський Е.О., Головка Т.С., Вітрук Ю.В. та ін. (2011) Особливості діагностики та фактори прогнозу нирково-клітинного раку: метод. рекомендації, К: 35 с.
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA Cancer J Clin 2015; 65:5.
3. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer 2013; 49:1374.
4. Skinner DG, Colvin RB, Vermillion CD, Pfister RC, Leadbetter WF. Diagnosis and management of renal cell carcinoma. A clinical and pathological study of 309 cases. Cancer 1971; 28:1165–77.
5. Buckle RM, McMillan M, Mallinson C. Ectopic secretion of parathyroid hormone by a renal adenocarcinoma in a patient with hypercalcemia. BMJ 1970; 4:724–726.



6. Chasan SA, Pothel RL, Huben RP. Management and prognostic significance of hypercalcemia in renal cell carcinoma. *Urology* 1989; 33:167–171).
7. Fukumoto S, Matsumoto T, Yamoto H, et al. Suppression of serum 1,25-dihydroxy vitamin D in humoral hypercalcemia of malignancy caused by elaboration of a factor that inhibits renal 1,25-dihydroxy vitamin D-3 production. *Endocrinology* 1989; 124:2057–2062.
8. Mundy GR. Pathophysiology of cancer-associated hypercalcemia. *Semin Oncol* 1990; 17:10–15.
9. Karaca H, Lale A, Dikilitas M, Ozkan M, Er O. Recovery of paraneoplastic hypercalcemia by sunitinib treatment for renal cell carcinoma: a case report and review of the literature. *Med Oncol* 2010; 27(3):1023-6.
10. Nielsen OJ, Jespersen FF, Hilden M: Erythropoietin-induced secondary polycythemia in a patient with a renal cell carcinoma. *APMIS* 1988; 96:688–694.
11. Sherwood JB, Burns ER, Shouval D. Stimulation by cAMP of erythropoietin secretion by an established human renal cell carcinoma cell line. *Blood* 1979; 69:1053–1057.
12. Sacco E, Pinto F, Sasso F, Racioppi M, Gulino G, Volpe A, Bassi P. Paraneoplastic syndromes in patients with urological malignancies. *Urol Int* 2009; 83(1):1-11.
13. Дзись Є. І. Гематологія. Розлади та неоплазії клітин крові / Є. І. Дзись, О. Я. Томашевська. – Львів: Кварт, 2007. – 220 с.
14. Hurtarte Sandoval AR, Flores Robles BJ, Andrus RF, Yaxcal Chon DA. Transient ischaemic attack secondary to paraneoplastic erythrocytosis. *BMJ Case Rep* 2014; Oct 21:2014.
15. Alimonti A, Di Cosimo S, Maccallini V, Ferretti G, Pavese I, Satta F, Di Palma M, Vecchione A. A man with a deltoid swelling and paraneoplastic erythrocytosis: case report. *Anticancer Res* 2003; 23(6D):5181-4.
16. Moein MR, Dehghani VO: Hypertension: a rare presentation of renal cell carcinoma. *J Urol* 2000; 164: 2019.
17. McDougal WS, Garnick MB, et al. Clinical signs and symptoms of renal cell carcinoma. In: Vogelzang NJ, Shipley WU, Scardino PT, et al., editors. *Comprehensive Textbook of Genitourinary Oncology*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1995 pp. 154–159.
18. Morla D, Alazemi S, Lichtstein D. Stauffer's syndrome variant with cholestatic jaundice: A case report. *J Gen Intern Med* 2006; 21:C11-3.
19. Karakolios A, Kasapis C, Kallinikidis T, Kalpidis P, Grigoriadis N. Cholestatic jaundice as a paraneoplastic manifestation of prostate adenocarcinoma. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2003; 1(6):480-3.
20. Saintigny P, Spano JP, Tcherakian F, Pailler MC, Breau JL. Non-metastatic intrahepatic cholestasis associated with bronchial adenocarcinoma. *Ann Med Interne (Paris)* 2003; 154:171-5.
21. Boxer RJ, Weisman J, Leiber MM, Mampaso FM, Skinner DG: Nonmetastatic hepatic dysfunction syndrome associated with renal cell carcinoma. *J Urol* 1978; 119:468–471).
22. Akbulut S, Baysal A, Topal F. Paraneoplastic presentation of cholestatic jaundice in renal cell carcinoma. *Turk J Gastroenterol* 2014; 25(3):340-1.
23. Dourakis SP, Sinani C, Deutsch M, Dimitriadou E, Hadziyannis SJ. Cholestatic jaundice as a paraneoplastic manifestation of renal cell carcinoma. *Eur J Gastroenterol Hepato* 1997; 9:311-4.
24. Laski ME, Vugrin D. Paraneoplastic syndromes in hypernephroma. *Semin Nephrol* 1987; 7:123–130.
25. Tsukamoto T, Kumamoto Y, Miyao N, et al. Interleukin-6 in renal cell carcinoma. *J Urol* 1992; 148:1778–1782.

26. Kirkali Z, Esen AA, Kirkali G, Guner G: Ferritin - a tumor marker expressed by renal cell carcinoma. Eur Urol 1995; 28:131–134.
27. Ding GX, Song NH, Feng CC, Xia GW, Jiang HW, Hua LX, Ding Q. Is there an association between advanced stage of renal cell carcinoma and paraneoplastic syndrome? Med Princ Pract 2012; 21(4):370-4.
28. Jobe BA, Bierman MH, Mezzacappa FJ. Hyperglycemia as a paraneoplastic endocrinopathy in renal cell carcinoma: a case report and review of the literature. Nebr Med J 1993; 78(11):349-51.
29. Mohammed Ilyas MI, Turner GD, Cranston D. Human chorionic gonadotropin-secreting clear cell renal cell carcinoma with paraneoplastic gynaecomastia. Scand J Urol Nephrol 2008; 42(6):555-7.
30. Kim HD, Boggs DR. A syndrome resembling idiopathic thrombocytopenic purpura in 10 patients with diverse forms of cancer. Am J Med 1979; 67:371-377.
31. Cho EJ, Lee HJ, Park KU, Kim UY, Lee HJ, Bang SM. Immune thrombocytopenic purpura in a patient with renal cell carcinoma. Korean J Intern Med 2014; 29:671-4.
32. Ducarme G, Rey D, Bryckaert PE, Reguiat Z, Bernard P, Staerman F. Paraneoplastic urticarial vasculitis and renal carcinoma. Prog Urol 2003; 13:495–7.
33. Levy O, Tishler M. Acquired ichthyosis as the primary manifestation of renal cell carcinoma. Isr Med Assoc J 2009; 11(2):121-2.
34. Kwatra A, McDonald RE, Corriere JN Jr. Erythema gyratum repens in association with renal cell carcinoma. J Urol 1998; 159:2077.
35. Moscardi JL, Macedo NA, Espasandin JA, Piñeyro MI: Malignant acanthosis nigricans associated with a renal tumor. Int J Dermatol 1993; 32:893–894.

**Ю.О. МАТВИЄНКО**

## **ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ТРИВОЖНИЙ РОЗЛАД – МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ**

*Стаття присвячена аналізу різних фармакотерапевтичних підходів при генералізованому тривожному розладі – патологічному станові, поширеному у практиці психіатра та невролога.*

**Ключові слова:** генералізований тривожний розлад, фармакотерапія, антидепресанти, бензодіазепіни

*Статья посвящена анализу разных фармакотерапевтических подходов при генерализированном тревожном расстройстве – патологическом состоянии, распространенном в практике психиатра и невролога.*

**Ключевые слова:** генерализированное тревожное расстройство, фармакотерапия, антидепрессанты, бензодиазепины

*The article is dedicated to different pharmacotherapeutic approaches in generalized anxiety disorder – pathologic state, often encountered by psychiatrists and neurologists.*

**Key words:** generalized anxiety disorder, drug therapy, antidepressants, benzodiazepines

### **1. ВСТУП**

Генералізований тривожний розлад (ГТР) є поширеним, зазвичай хронічним та інвалідизуючим психічним захворюванням, що часто асоціюється з різними медичними і психіатричними коморбідними станами й суттєво впливає на виконання професійних обов'язків. Він характеризується неадекватною і надмірною тривогою, котра персистує з часом

і не обмежується конкретним діапазоном обставин. Поширеними проявами цього стану є негативні передчуття, внутрішня напруженість і нездатність зосередитися, неспокій, тремор, біль голови, а також вегетативні симптоми — надмірна пітливість, сухість у роті, дискомфорт в епігастрії. Протягом останніх десятиліть відзначається значний прогрес у розумінні епідеміології, нейробіології, а також психофармакології ГТР.

Його поширеність у загальній популяції упродовж життя сягає 5–6%, упродовж 1 року — 1,5–3,1% залежно від застосовуваних діагностичних критеріїв. Вік початку дещо відрізняється від інших тривожних розладів — як правило, перші симптоми розвиваються в осіб віком 35–45 років. Це, ймовірно, найпоширеніший тривожний розлад у старших осіб (55–85 років). Зазвичай прояви захворювання коливаються за своєю інтенсивністю в часі, хоча воно саме і є хронічним станом. Функціональні порушення на фоні ГТР за тяжкістю сумірні з тими, що спостерігають у пацієнтів з великою депресією.

Цей розлад належить до найпоширеніших психічних порушень у практиці лікарів першого контакту. Його поширеність у такому аспекті становить 4,8% при відсутності коморбідностей (депресія та інші тривожні розлади), 3,7% для ГТР в поєднанні з депресією, 4,1% для “субпорогового розладу”. Поєднання інших психіатричних нозологій із названим захворюванням асоціюється з тяжчою клінічною картиною, вираженішим функціональним порушенням, довшою тривалістю непрацездатності, зниженою продуктивністю праці.

Патофізіологія ГТР залишається невідомою, хоча найважливішими в цьому аспекті, мабуть, є дисфункції нейротрансмісії серотоніну (5-гідрокситраптаміну [5-НТ]), норадреналіну, гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК), холецистокініну і кортикотропін-вивільняючого фактору. Серотонін цілісно залучений в реалізацію тривожності через серотонінергічну іннервацію лімбічної системи, гіпоталамуса і таламуса. У спинномозковій рідині рівні метаболіту серотоніну 5-гідроксиіндолоцтової кислоти при ГТР низькі, а симптоми тривожності посилюються при призначенні агоніста 5-НТ<sub>1</sub>/5-НТ<sub>2</sub>-рецепторів *m*-хлорофенілпіперазину. Крім того, у цих пацієнтів відзначають знижене зв'язування селективного інгібітору зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) пароксетину тромбоцитами.

Порушення адренергічних систем також суттєві. Антагоніст  $\alpha_2$ -адренорецепторів йохімбін посилює нейрональну імпульсацію адренергічних клітин й індукує тривожність, тоді як агоніст названих рецепторів клонідин знижує ці показники. ГАМК-ергічні системи головного мозку також, ймовірно, залучені в патогенез ГТР. У нелікованих пацієнтів виявляють знижену кількість зон зв'язування бензодіазепінів на тромбоцитах, при застосуванні діазепаму їх кількість зростає, аналогічне встановлено щодо лімфоцитів.

Найкращі докази щодо ролі порушень нейротрансмітерних систем при ГТР походять із плацебо-контрольованих досліджень певних СІЗЗС, селективного інгібітору зворотного захоплення серотоніну й адреналіну (СІЗЗСН) венлафаксину, деяких бензодіазепінових анксиолітиків і антиконвульсантів (прегабалін).

Результати цих досліджень розглянемо далі нижче, але їх фокус стосується таких принципових питань:

1. Що є лікуванням першого ряду при ГТР?
2. Як довго воно має тривати?
3. Що може бути найкращим терапевтичним втручанням після відсутності реакції на медикаменти першого і другого ряду?

## **2. ЩО Є ФАРМАКОТЕРАПІЄЮ ПЕРШОГО РЯДУ ПРИ ГТР?**

### **2.1. РЕЗЮМЕ ОПУБЛІКОВАНИХ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЩОДО СІЗЗС І ВЕНЛАФАКСИНУ**

#### **2.1.1. Циталопрам**

Відсутні результати контрольованих рандомізованих досліджень щодо циталопраму при ГТР. У рандомізованому контрольованому дослідженні, в якому порівнювали дві дози цього медикаменту й іміпраміну в 472 пацієнтів із первинною депресією, було виявлено, що обидва

режими лікування були сумірними щодо зниження середніх балів фактору тривожності шкали депресії Гамільтона (HAM-D). В іншому дослідженні, в якому порівнювали циталопрам і пароксетин у 104 осіб із великою депресією (DSM-IV) чи змішаним депресивно-тривожним розладом, виявили, що застосування обох агентів давало достовірне зниження загального бала рейтингової шкали тривожності Гамільтона (HAM-A). На відміну від вищесказаного, 24-тижневє, подвійно сліпе, плацебо-контрольоване терапевтичне дослідження, у якому зіставляли циталопрам і сертралін у 323 пацієнтів із великою депресією (DSM-IV), засвідчило, що циталопрам, а не сертралін, асоціювався із більш достовірним від плацебо зниженням середніх балів підшкали тривожності HAM-D ( $P < 0,05$ ).

### **2.1.2. Есциталопрам**

Циталопрам є рацемічною сумішшю двох енантіомерів, з яких S-ізомер має виражені властивості інгібітору зворотного захоплення серотоніну. Він — більш селективний і сильніший від циталопраму і, згідно з деякими груповими аналізами, достовірно ефективніший при великому депресивному розладі. Результати трьох 8-тижневих, рандомізованих, подвійно сліпих, плацебо-контрольованих досліджень у паралельних групах серед пацієнтів із ГТР (DSM-IV) свідчать, що есциталопрам ефективніший від плацебо у зменшенні симптомів тривожності згідно з HAM-A. Нові дослідження, присвячені оцінці ефективності фіксованих доз есциталопраму і пароксетину в запобіганні тривожним загостренням, нині перебувають на стадії завершення.

### **2.1.3. Флуоксетин**

Немає опублікованих контрольованих досліджень щодо застосування цього препарату в дорослих пацієнтів з ГТР (DSM-IV). Відкрите пілотне дослідження 16 дітей і підлітків (віком 9–18 років) зі змішаними тривожними розладами засвідчило мінімальні переваги флуоксетину. Подвійно сліпі дослідження довели, що за ефективністю цей агент сумірний із іміпраміном, кломіпраміном та амітриптиліном у полегшенні симптомів тривожності при депресії, водночас цей ефект не був очевидний при поєднанні депресії і ГТР.

### **2.1.4. Флувоксамін**

Його ефективність у лікуванні ГТР не з'ясовано. У невеликому відкритому дослідженні 30 осіб із коморбідними великою депресією та ГТР з'ясували, що призначення флувоксаміну асоціювалося з достовірним поліпшенням як тривожних, так і депресивних симптомів, але такий результат слід підтвердити у групах пацієнтів лише з ГТР, перш ніж їх вважати за встановлені.

### **2.1.5. Пароксетин**

Ефективність цього медикаменту в короткотерміновому лікуванні ГТР оцінювали в чотирьох подвійно сліпих, плацебо-контрольованих дослідженнях. У першому з них протягом 8 тижнів у 81 хворого із ГТР порівнювали пароксетин з іміпраміном і бензодіазепіновим агентом 2-хлородисметил-діазепамом. Пароксетин виявився ліпший від анксиолітика і був сумірний з іміпраміном, причому цей ефект реалізувався вже на 4 тижень лікування.

Друге 8-тижневє дослідження було присвячене оцінці режиму фіксованих доз у 566 хворих. Застосування пароксетину в добовій дозі 20 або 40 мг було достовірно ліпшим від плацебо ( $P < 0,001$ ) у зменшенні середнього загального бала HAM-A, а також балів тривожності й напруженості, що загалом є найпоширенішими симптомами ГТР. Терапевтичний ефект був дозозалежним, рівень респондерів сягав 68% і 81% при дозах, відповідно, 20 і 40 мг/добу, порівняно з 52% у групі плацебо ( $P < 0,001$ ). Під кінець дослідження середні зміни показників питальників якості життя і візуально-аналогової шкали було достовірно ліпші в основній групі.

Третє рандомізоване контрольоване дослідження було проведено в США, тривало 8 тижнів і в ньому вивчали режими гнучких доз серед 326 хворих із ГТР. Пароксетин (20–50 мг/добу) був достовірно ліпший від плацебо ( $P < 0,05$ ) у стабілізації показників HAM-A і добре переносився. Четверте дослідження з аналогічним дизайном, проведене на 372 особах, засвідчило подібне зниження показників HAM-A.

Терапевтичний ефект цього препарату ширший, ніж просто зниження симптомів і поліпшення якості життя. Плацебо-контрольовані дослідження свідчать, що прояви ГТР нівелюються одночасно з поліпшенням симптоматично пов'язаної інвалідизації за шкалою Шихана (Sheehan Disability Scale), котра охоплює порушення соціального, сімейного і професійного функціонування на фоні основного захворювання.

#### **2.1.6. Сертралін**

Подвійно сліпі дослідження вказують на те, що сертралін ефективний у погашенні симптомів тривоги при депресії, панічному розладі, соціофобії, посттравматичному й obsесивно-компульсивному розладі. Його впливи в дорослих осіб із ГТР почали вивчати лише недавно, хоч у невеликому (22 хворих) плацебо-контрольованому, 12-тижневому дослідженні серед дітей і підлітків віком 5–16 років виявлено чіткі переваги цього препарату порівняно з плацебо щодо шкал Загального клінічного враження (CGI) і HAM-A.

Попередні повідомлення з 12-тижневого рандомізованого, плацебо-контрольованого, паралельно-групового дослідження гнучких доз сертраліну (50–150 мг/добу, в середньому 95,1 мг), котре охоплювало 360 пацієнтів із ГТР (DSM-IV), свідчать, що медикамент був достовірно ліпший від плацебо в широкому діапазоні параметрів, включаючи бали HAM-A і CGI, причому 37% осіб із основної групи досягнули симптоматичної ремісії, порівняно із 23% в групі плацебо.

#### **2.1.7. Венлафаксин**

У висновках попередніх досліджень в амбулаторних пацієнтів із депресією сказано, що прийом цього агента раз на день був достатній для полегшення симптомів тривожності, тому його можна розглядати в терапії ГТР. Докази на користь венлафаксину при коротко- та довготерміновому лікуванні названого стану ґрунтуються на результатах п'яти рандомізованих, плацебо-контрольованих досліджень, з них два — порівняльні (з діазепамом і буспіроном).

Груповий аналіз цих досліджень, котрі охоплювали 1839 пацієнтів із верифікованим діагнозом ГТР, дав добрі аргументи щодо ролі препарату в короткотерміновому лікуванні цього розладу, причому як у популяції молодих, так і старших людей.

У першому порівняльному дослідженні (564 особи) при поглибленому аналізі з'ясовано, що венлафаксин (й активний порівнюваний інгредієнт — діазепам) мають виражені переваги щодо зменшення балів HAM-A й інших показників ефективності. Друге порівняльне дослідження (405 залучених хворих) виявило чіткі переваги венлафаксину XL (у добовій дозі 75 або 150 мг) над плацебо і буспіроном (30 мг/добу). Основний медикамент асоціювався з достовірним поліпшенням загального самопочуття, починаючи з третього тижня лікування.

Залежність між дозою і терапевтичною реакцією венлафаксину вивчали у двох рандомізованих, плацебо-контрольованих дослідженнях. У першому з них (8 тижнів) щоденні дози препарату (75, 150 і 225 мг) демонстрували ефективність, вищу від плацебо ( $p < 0,05$ ), причому найкращих результатів досягнуто при найвищих дозах. У другому дослідженні (24 тижні) денні дози 75 і 150 мг асоціювалися з поліпшенням самопочуття пацієнтів практично за всіма тестованими параметрами ефективності, тоді як доза 37,5 мг у цьому сенсі залишалася менш значущою.

## **2.2. РЕЗЮМЕ ОПУБЛІКОВАНИХ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЩОДО ІНШИХ ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН**

### **2.2.1. Бензодіазепіни**

Систематичний огляд даних рандомізованих контрольованих досліджень встановив, що бензодіазепіни є ефективними і швидко діють при ГТР, наближаючись за своїм впливом до когнітивної психотерапії. Разом з тим вони є далекими від ідеалу, оскільки слабо діють на коморбідні депресивні симптоми. Небажаними побічними ефектами цього класу ліків є седація, розлади пам'яті, психомоторне сповільнення, асоційований підвищений ризик автокатастроф. Іншими категоріями проблем є розвиток толерантності, зловживань, залежності й дистресорних симптомів відміни при відміні препарату. Багато регулюючих установ рекомендують призначення бензодіазепінів на короткий період часу (до 4 тижнів) у мінімальних дозах. Разом з

тим деякі автори відстоюють їх застосування, вказуючи на очевидну ефективність і той факт, що симптоми відміни, пов'язані із залежністю, стосуються більшою мірою загального самопочуття хворого.

### **2.2.2. Прегабалін**

Прегабалін — новий психотропний препарат із протисудомними, анксиолітичними і знеболюючими властивостями. Його механізм дії не повністю зрозумілий, хоча відомо, що цей агент взаємодіє з допоміжною  $\alpha_2\delta$ -субодиницею потенціал-залежних кальцієвих каналів, таким чином сприяючи зростанню концентрації ГАМК в головному мозку. Результати недавно опублікованого плацебо-контрольованого дослідження свідчать, що цей медикамент був ліпший, ніж плацебо, щодо зменшення параметрів НАМ-А вже на кінець першого тижня лікування. За висновками трьох рандомізованих, подвійно сліпих, плацебо-контрольованих досліджень (з них два — порівняльні) прегабалін був достовірно ефективнішим, ніж плацебо, щодо симптоматичного поліпшення, а за загальною ефективністю наближався до альпразоламу або венлафаксину. Уже завершено нові дослідження, котрі вказують на початок його анксиолітичного ефекту в інтервалі до 7 днів від початку терапії.

### **2.2.3. Іміпрамін**

Трициклічний антидепресант (ТЦА) іміпрамін довів свою ефективність у лікуванні хворих на ГТР. У 8-тижневому, плацебо-контрольованому, подвійно сліпому дослідженні 230 пацієнтів із симптомами, що тривали понад 4 місяці й характеризувалися балами за шкалою НАМ-А 18 і вище і відсутністю супутньої депресії чи панічного розладу, були рандомізовані на прийом іміпраміну, діазепаму, тразодону чи плацебо. Протягом перших 2 тижнів лікування прийом діазепаму асоціювався із найбільш вираженим поліпшенням проявів тривожності, проте з 3 тижня і до кінця іміпрамін демонстрував набагато ліпшу анксиолітичну активність порівняно з бензодіазепіном-прототипом. Разом з тим ТЦА, наприклад, власне іміпрамін, мають відносно несприятливий профіль переносимості внаслідок блокування  $H_1$ -гістамінових,  $\alpha_2$ -адренергічних і мускаринергічних рецепторів, що обмежує довготермінове застосування цих агентів у терапії ГТР.

### **2.2.4. 5-HT<sub>1a</sub>-агоністи**

Буспірон належить до азапіронових анксиолітиків із частковою агоністичною активністю щодо 5-HT<sub>1a</sub>-рецепторів, котрий довів свій ефект при ГТР. У першому, проведеному з ним, дослідженні (Goldberg and Finnerty, 1979) встановлено, що цей агент сумірний з діазепамом в хворих із генералізованою тривожністю. Не всі дослідження із буспіроном дали позитивні результати, проте метааналіз 8 з них засвідчив, що при ГТР цей медикамент не поступається бензодіазепінам. Він виглядає ефективним у зменшенні асоційованих депресивних симптомів на фоні ГТР, проте не визнаний прийнятним препаратом для великої депресії.

Флесиноксан є спорідненою речовиною, що також виступає як повний агоніст соматодендритних 5-HT<sub>1a</sub>-рецепторів, він виявився ефективним для корекції проявів ГТР. В одному дослідженні порівнювали 5 груп пацієнтів (3 різні дози флесиноксану, альпразолам і плацебо) і виявили, що найвищі дози першого з них, а також альпразолам були достовірно ліпші, ніж плацебо, щодо зменшення симптомів депресії згідно з шкалою НАМ-А. Знову ж таки, названий новий агент потребує додаткового поглибленого вивчення.

### **2.2.5. Гідроксизин**

Ефективність антигістамінного препарату гідроксизину при гострому лікуванні пацієнтів із ГТР оцінювали у трьох рандомізованих плацебо-контрольованих дослідженнях. Попереднє французьке дослідження (лише обсерваційний аналіз) виявило певні переваги агента, що було підтверджено британськими даними (244 досліджувані особи з коморбідними депресивними симптомами і без них). У другому дослідженні також тестували буспірон, хоча лише гідроксизин виявився ліпшим від плацебо ( $p < 0,02$ ) у первинних кінцевих параметрах (бали НАМ-А). У третьому дослідженні гідроксизин демонстрував ефективність, сумірну з бензодіазепіном бромазепамом і вищу від плацебо, хоча в обох групах спостерігали високий відсоток (40–50%) відмови від лікування.

### 2.2.6. Пропранолол

У двох дослідженнях (першому рандомізованому, подвійно сліпому, плацебо-контрольованому і другому — з режимом гнучких доз і в паралельних групах) вивчали ефективність бета-адреноблокатора пропранололу (добові дози — 80, 160 і 320 мг) і бензодіазепіну хлордіазепоксиду (добові дози — 30 і 45 мг) при ГТР. Обидва агенти були ліпші від плацебо через один тиждень лікування, проте при їх призначенні не було досягнуто кінцевих точок ефективності.

### 2.2.7. Трифторперазин

Результати рандомізованого, плацебо-контрольованого дослідження невідкладного лікування в режимі гнучких доз засвідчили, що антипсихотик трифторперазин позитивно впливав на симптоми ГТР уже протягом одного тижня терапії, хоч і асоціювався з високою частотою побічних ефектів (62% на противагу 46% у плацебо-групі).

Взявши до уваги всі наведені дані щодо есциталопраму, пароксетину, сертраліну і венлафасину, можна сказати, що СІЗЗС і СІЗЗНС є цілком ефективними для невідкладного лікування ГТР. Існують також певні докази на користь окремих бензодіазепінів, буспірону, іміпраміну, гідроксизину і трифторперазину. Систематичні огляди підтверджують ці спостереження: в одному з останніх оглядів Cochrane дійшли висновку, що іміпрамін, пароксетин і венлафаксин ліпші, ніж плацебо, при ГТР. Два всесторонні огляди стверджують, що СІЗЗС пароксетин є ліпшим від бензодіазепінів при коморбідній депресії і краще переноситься, зокрема в сенсі симптомів відміни. У найостанніших директивах з лікування тривожних розладів зазначено, що при ГТР препаратами першого ряду залишаються СІЗЗС. Очевидно, існує потреба в додаткових дослідженнях для з'ясування порівняльної ефективності й придатності конкретних ліків при коротко- і довготерміновому лікуванні, оцінки комбінованої фармакотерапії, зокрема в поєднанні з психотерапевтичними (когнітивними, поведінковими) підходами, встановлення ролі СІЗЗС і СІЗЗНС при резистентному ГТР.

### 3. ЯК ДОВГО МАЄ ТРИВАТИ ФАРМАКОТЕРАПІЯ ГТР?

Найвні кілька рандомізованих контрольованих досліджень, присвячені лікуванню ГТР поза межами невідкладної терапії, хоча результати вивчення пароксетину, венлафасину й есциталопраму дають підстави думати, що названі препарати слід призначати принаймні протягом 6 місяців. У цих дослідженнях застосовувалися різні підходи: (1) спочатку — запобігання загостренню, причому респондерів до відкритого лікування потім рандомізували на прийом плацебо або переводили в групу активної терапії; (2) неперервна терапія, при якій респондери до подвійно сліпого лікування продовжували його застосовувати упродовж 6 тижнів.

У подвійно сліпому дослідженні з запобігання загостренням пароксетин виявився ефективніший у довготерміновій терапії ГТР — при його призначенні частота загострень була достовірно нижча (10,9%) порівняно з плацебо (33,9%) (Stocci et al., 2003). А, наприклад, у превентивному дослідженні венлафасину протягом 4 місяців не виявили ліпшого ефекту порівняно з плацебо.

Разом з тим, капсули венлафасину тривалого вивільнення за результатами інтегрованого аналізу двох 6-місячних контрольованих досліджень у паралельних групах продемонстрували стійкі переваги. При цьому 61% хворих відреагували на призначене лікування без екзацербаций на 8 тиждень і перебували в ремісії протягом наступних 6 місяців, у плацебо-групі цей показник сягав лише 39%. Згідно з даними Montgomery et al. (2002 р.) після 6 місяців подвійно сліпого лікування рівень відмови від терапії становив 10% у групі венлафасину, але 21% у плацебо-групі.

У попередньому повідомленні про невелике (123 особи) рандомізоване 24-тижневе дослідження гнучких доз, у якому при ГТР порівнювали есциталопрам (добова доза 10–20 мг) і пароксетин (добова доза 20–50 мг/добу), зазначено, що ці два СІЗЗС демонструють тотожну загальну ефективність на 8 і 24 тиждень подвійно сліпого лікування. Пропорція пацієнтів, що відреагували на лікування, з часом лише збільшувалася (есциталопрам — 52–70%, пароксетин

— 46–61%), те ж саме можна було сказати про хворих, котрі досягнули симптоматичної ремісії (есциталопрам — 30–55%, пароксетин — 28–46%).

#### **4. ЩО Є НАЙКРАЩИМ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНИМ ПІДХОДОМ ПРИ РЕЗИСТЕНТНОМУ ГТР?**

Пошук літератури про плацебо-контрольовані дослідження серед хворих, котрі не відреагували на медикаменти першого чи другого ряду, не дав результатів. Тому лікування в цій популяції пацієнтів ґрунтується на особистому клінічному досвіді й одиничних повідомленнях.

Систематичний огляд 35 рандомізованих контрольованих досліджень засвідчив, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) (включаючи когнітивне реструктурування, контроль тривожності й релаксацію) є більш ефективна, ніж терапія лише самої тривожності чи недирективна терапія. В одному катанестичному дослідженні когнітивна терапія в сенсі довготермінового прогнозу виявилася ліпшою від плацебо або фармакотерапії, у другому — не відрізнялася за результатами від аналітичної психотерапії чи контролю тривожності (Durham et al., 1999).

Залишається невідомим, чи буде виявлено якісь переваги при комбінуванні фармакологічних і психологічних підходів при ГТР порівняно з їх ізольованим застосуванням. Згідно з даними одного невеликого дослідження, призначення бензодіазепінів водночас із когнітивною чи поведінковою терапією асоціювалося з вираженим зниженням рівня респондерів порівняно з лише психологічними методиками. Інше ж дослідження, здійснене в умовах клініки першого контакту, засвідчило, що поєднання діазепаму і КПТ було набагато ліпшим щодо терапевтичної реакції, водночас у ньому не відзначено різниці між діазепамом і плацебо.

#### **5. ВИСНОВКИ**

ГТР є поширеним та інвалідизуючим тривожним розладом, його поширеність сягає до 5% у людській популяції упродовж життя. Він також пов'язаний зі значним професійним і соціальним обмеженням, сумірним за своїм впливом із великою депресією, іншими тривожними розладами і фізичними патологіями. Більшість пацієнтів із ГТР не розпізнаються як такі, інших розглядають як психічно хворих, і в обох випадках вони не одержують лікування взагалі або приймають ліки з недоведеною ефективністю. І якщо деякі ТЦА і бензодіазепіни ефективні в таких ситуаціях, то проблеми з їх переносимістю та іншими ризиками обмежують застосування медикаментів цих класів. Що стосується, наприклад, буспірону й деяких СІЗЗС (есциталопрам, пароксетин і сертралін), СІЗЗНС (венлафаксин) чи анксиолітичних антиконвульсантів (прегабалін), то їх позитивний вплив доведений у плацебо-контрольованих дослідженнях. На сьогодні у лікуванні хворих на ГТР СІЗЗС, ймовірно, залишатимуться препаратами першого ряду, а венлафаксин — другого.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. A Allgulander C. Generalized anxiety disorder: What are we missing? Eur Neuropsychopharmacol. 2006 Jul;16 Suppl 2:S101-8.
2. Baldwin DS, Ajel KI, Garner M. Pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. Curr Top Behav Neurosci. 2010;2:453-67.
3. Baldwin DS, Waldman S, Allgulander C. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. Int J Neuropsychopharmacol. 2011 Jun;14(5):697-710.
4. Blay SL, Marinho V. Anxiety disorders in old age. Curr Opin Psychiatry. 2012 Nov;25(6):462-7.
5. Buoli M, Caldiroli A, Caletti E, Paoli RA, Altamura AC. New approaches to the pharmacological management of generalized anxiety disorder. Expert Opin Pharmacother. 2013 Feb;14(2):175-84.



6. Craske MG, Roy-Byrne PP, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne C, Bystritsky A. Treatment for anxiety disorders: Efficacy to effectiveness to implementation. Behav Res Ther. 2009 Nov;47(11):931-7.
7. Hoffman DL, Dukes EM, Wittchen HU. Human and economic burden of generalized anxiety disorder. Depress Anxiety. 2008;25(1):72-90.
8. Karsnitz DB, Ward S. Spectrum of anxiety disorders: diagnosis and pharmacologic treatment. J Midwifery Womens Health. 2011 May-Jun;56(3):266-81.
9. Katzman MA. Current considerations in the treatment of generalized anxiety disorder. CNS Drugs. 2009;23(2):103-20.
10. Kreys TJ, Phan SV. A literature review of quetiapine for generalized anxiety disorder. Pharmacotherapy. 2015 Feb;35(2):175-88.
11. Parmentier H, García-Campayo J, Prieto R. Comprehensive review of generalized anxiety disorder in primary care in Europe. Curr Med Res Opin. 2013 Apr;29(4):355-67.
12. Ravindran LN, Stein MB. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. J Clin Psychiatry. 2010 Jul;71(7):839-54.
13. Sakolsky D, Birmaher B. Pediatric anxiety disorders: management in primary care. Curr Opin Pediatr. 2008 Oct;20(5):538-43.
14. Schaffer A, McIntosh D, Goldstein BI, Rector NA, McIntyre RS, Beaulieu S, Swinson R, Yatham LN; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. Ann Clin Psychiatry. 2012 Feb;24(1):6-22.
15. Zou C, Ding X, Flaherty JH, Dong B. Clinical efficacy and safety of fluoxetine in generalized anxiety disorder in Chinese patients. Neuropsychiatr Dis Treat. 2013;9:1661-70.

**Я.І. ТОМАШЕВСЬКИЙ, Н.Р. ДАНИЛЕВИЧ,  
С.Ю. САНДУРСЬКА, І.Б. СУЛИГА,  
Л.Б. ХРУПОВИЧ, О.В. КОНОВАРТ, М.В. ФІРЧУК.**

**РЕФЛЕКСОТЕРАПІЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ ( ТІОКТОДАР ) ТА  
КСАНТИНОЛУ НІКОТИНАТУ ( КОМПЛАМІН, ТЕОНІКОЛ )  
ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2-ГО ТИПУ**

*У статті наведено ефективний метод мезотерапії (пролотерапії) при цукровому діабеті 2-го типу.*

*Ключові слова: рефлексотерапія, цукровий діабет 2 –го типу, ліпоєва кислота, ксантинол нікотинат.*

*В статье приведен эффективный метод мезотерапии (пролотерапии) при сахарном диабете 2-го типа.*

*Ключевые слова: рефлексотерапия, сахарный диабет 2-го типа, липоевая кислота, ксантинол никотинат.*

*The article provides an efficient method of mesotherapy (prologue therapy) with type 2 diabetes.*

*Key words: reflexology, type 2 diabetes, lipoic acid, ksantinola nicotinate.*

**Вступ**

Мезотерапія (пролотерапія) – медикаментозна внутрішньошкірна і підшкірна інфільтрація точок акупунктури ліками[1-3]. Поєднання голкорексотерапії із медикаментозним впливом називають аквапунктурою. Використовують наступну методику.

Вводять тонку порожнисту голку діаметром 0,4-0,5 мм на необхідну глибину до виникнення передбачених відчуттів. Опісля через голку вводять лікарський засіб у кількості 0,2-0,5 мл на кожну точку (для аурикулярних точок- 0,1 мл).

Безголковий метод мезотерапії – введення лікарських засобів в акупунктурну зону за допомогою механічного ін'єктора. Застосовують мікроелектрофорез різних ліків, а також, обробку точки акупунктури деякими подразнюючими засобами ( стимулін Д-1, паста Розенталя тощо). При рухових порушеннях застосовують АТФ, прозерин, при больовому синдромі-новокаїн. Доцільно вводити у точки акупунктури подразнюючі біогенні та ферментні засоби, анальгезуючі, вітамінні препарати. Мезотерапія забезпечує тривалу стимуляцію точок акупунктури і більшу вірогідність впливу безпосередньо на точку акупунктури при інфільтрації її лікарським засобом [2].

### **Матеріали та методи дослідження**

Метод акупунктурної фармакотерапії в ендокринології застосовується з 1978 року, коли було засновано кафедру ендокринології у ЛНМУ професором Яремою Іллічем Томашевським

#### **Точки акупунктури при цукровому діабеті**

При цукровому діабеті голкотерапія може доповнювати інсулінотерапію, а також використовуватись при легких формах діабету, які не підлягають фармакологічній терапії. Голкоуколювання проводиться у корпоральні точки: G-4; F-13; V-20, V23, V28, V29, V43; P-7, RP-3 ,4, 6; R-2,3,6; TR-4; E-33; позамеридіанні точки (ТПМ): ТПМ-20, 61, 62, 158. Успішно використовуються точки вушної раковини: AP-22, 51, 96, 122 [1-3].

Нашим внеском у науку про рефлексотерапію є вивчення ефективності впливу на точки «Меридіану Х» (трьох частин тулуба) при діабетичній ангіопатії верхніх кінцівок препарату ліпоевої кислоти - "Тіоктодару". Виявлено гіпоглікемічну дію ліпоевої кислоти, застосованої у точки акупунктури у поєднанні із ксантинолом нікотинатом. Розширено розділи " Монотерапії " та "Педотерапії", зокрема обгрунтовано доцільність використання точки E-36 як протидіабетичної. Вона розташована на 3 пропорційні відрізки від нижнього краю надколіника (або верхнього краю латерального відростка великогомілкової кістки) і на 1цунь назовні від переднього краю гребінця великогомілкової кістки. Якнайважливіша точка у практиці акупунктури - ефективна також при захворюваннях органів травлення, нервової системи та органів чуттів, серцево-судинної, сечостатевої системи, алергічних станах тощо; надає виражену загальнозміцнюючу дію, ефективна при болі у нижній половині тіла.

Акупунктурну фармакотерапію із застосуванням " Тіоктодару " та " Ксантинолу нікотинату " слід призначати пацієнтам, у яких діагностовано інсулінорезистентність у циклі Корі, порушення толерантності до глюкози циклу трикарбонових кислот або маніфестний цукровий діабет.

Використовують інсуліновий шприц , до якого вносять 0,2 мл 3 % тіоктодару та 0,8 мл 0,5 % новокаїну, попередньо провівши внутрішньошкірну пробу на чутливість до новокаїну.

Ксантинол нікотинат 15 % вводять інсуліновим шприцом підшкірно нерозведеним – 1,5 мл на 5 точок акупунктури: E-36, E<sub>1</sub>-36 (зліва); G-4 (на 3 пропорційні відрізки нижче від пупка); F-13, F-13 (зліва) – перед вільним краєм XI ребра.

Для тіоктодару – активні точки "Меридіану" Х , зокрема TR-4: на тильній променевоzap'ястковій складці, у ямці біля променевого краю сухожилка загального розгинача пальців . При необхідності можуть бути використані усі 23 точки Меридіану Х : TR<sub>1</sub> –TR<sub>23</sub>.

Пропорційний відрізок : відстань між складками шкіри на середній фаланзі, які утворюються при згинанні III пальця кисті (2,5см).

Поєднане застосування тіоктодару та ксантинолу нікотинату супроводжується зниженням рівня глюкози у крові на 2 ммоль/л. Прикладом може служити виписка з історії хвороби Л.М.В., 1948 р. н. .

Клінічний діагноз: цукровий діабет, 2- й тип, середня важкість, фаза декомпенсації, діабетична ангіопатія верхніх і нижніх кінцівок, трофічна виразка правої гомілки. Цукровий діабет виявлений у лютому 2015 року, коли рівень глюкози у крові становив 22 ммоль/л. Дотримується дієти, приймає "глібомет" по 1/2 таблетки (2,5 мг манінілу і 250 мг діаформіну) перед сніданком, 1/2 таблетки (375 мг) глутаргіну після вечері.

Проводиться комплексне лікування за наступним рецептом:

Rp. : Sol. joeli spirituasae 5 % - 0,5 ml

T-rae Menthae piperitae 25 ml

M.D. S. По 6 крапель з ложкою води перед сном.

#

Rp. : Sol. Natrii salnylani 1 %- 200ml

Magnesii sulfatis 2,0

Kalii chloride 3,0

Natrii brantidi 4,0

Zinzi sulfatis 0,1

Cupri sulfatis 0,02

Sol. Vita.. B<sub>12</sub> 0,02 % - 1,0 ml

Sol. ATF 1 % - 1,0 ml

Euplyllini 1,0

Aeroli folici 0,04

T-rae Menthae 2,0 ml

M.D.S. По чайній ложці після вечері через день.

#

Rp. : Pyridoxini 0,01

Thiantini brantidi 0,02

Riboflavini 0,005

Acidi nicotinici 0,02

Acidi ascorbini 0,1

Sacchari 0,5

M.S. pulv. D.t.d. N 30

S. По 1 порошку після сніданку двічі на тиждень.

#

Rp. : Dragec "Undeviti" N 50

D.S. По 1 драже після сніданку через день.

#

Rp. : Sol. Vitamini A 01. 3,44 % - 10 ml

D.S. По 5 крапель двічі на тиждень.

#

Rp. : Sol. : Vitamini E 01. 30 % - 20 ml.

D.S. По 10 крапель двічі на тиждень.

#

Rp. : Sol. Vitamini D<sub>2</sub> 01. 0,125 % - 10 ml.

D.S. По 3 краплі двічі на тиждень.

Проводиться акупунктура із застосуванням тіоктодару та ксантинолу нікотинату тричі на тиждень. Контроль рівня глюкози у крові проводиться щотижня. Зокрема 1 червня 2015 р. він становив до акупунктури-8,8 ммоль/л, після сеансу акупунктури – 6,6 ммоль/л.

Стає очевидною доцільність поєданого застосування тіоктодару та ксантинолу нікотинату у методиці рефлексотерапії при цукровому діабеті як засіб гіпоглікемічної дії.

**Інструкція**  
**для медичного застосування препарату**  
**ТІОКТОДАР**  
**( ТНІОКТОДАР )**

**Склад:**

діюча речовина : 1 мл розчину містить 30 мг тіоктової ( альфа – ліпоєвої ) кислоти.

Фармакотерапевтична група. Засоби, що впливають на травну систему та метаболічні процеси.

Клінічна характеристика.

**Показання.**

У складі комплексної терапії полінейропатій різного генезу ( діабетична та алкогольна полінейропатії ), захворювань печінки ( гепатити, цироз ).

**Протипоказання.**

Підвищена чутливість до препарату або до одного з його компонентів. Дитячий вік. Вагітність та період годування грудьми.

**Спосіб застосування та дози.**

Препарат призначається для внутрішньовенних ін'єкцій / інфузій після попереднього розведення у 0,9 % розчині натрію хлорид . Початкова доза – 10 мл розчину ( 300мг тіоктової кислоти) на добу. При важкій діабетичній полінейропатії лікування дорослих розпочинають з інфузії 20 мл розчину ( 600 мг тіоктової кислоти ), розведеного у 250 мл 0,9 % розчину натрію хлориду 1 раз на добу, упродовж 1 – 2 тижнів. Вводять повільно – упродовж 30 хвилин ( не більше 50 мг тіоктової кислоти тобто 1,7 мл розчину для інфузій на хвилину ) . У дуже важких випадках захворювань печінки добову дозу збільшують до 900 – 1200 мг /добу.

**Побічні реакції.**

Можлива гіпоглікемія ( запаморочення, підвищене потовиділення, головний біль, розлади зору ) внаслідок покращення утилізації глюкози.

**Особливості застосування.**

При лікуванні хворих на цукровий діабет необхідний частий контроль глікемії. У деяких випадках необхідно скорочувати дози гіпоглікемічних засобів для запобігання гіпоглікемії. У часі лікування полінейропатії, завдяки регенераційним процесам , можливе короткочасне підсилення чутливості, що супроводжується парестезією з відчуттям повзання мурашок. Слід утриматись від вживання алкоголю у часі лікування препаратом. Не призначати Тіоктодар одночасно з препаратами , що містять метали ( препарати заліза, магнію, кальцію ), а також із молочними продуктами , що містять кальцій.

Препарат є світлочутливим , тому флакони слід діставати з упаковки тільки безпосередньо перед застосуванням.

Приготовлений для інфузій розчин Тіоктодар необхідно захищати від сонячного світла , прикриваючи його світлозахисними пакетами. У цих умовах він залишається придатним щонайбільше 6 годин. Певними обмеженнями внутрішньовенного введення препаратів тіоктової кислоти є літній вік ( понад 75 років ).

**Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.**

Можливе підсилення гіпоглікемічного ефекту при прийомі інсуліну чи пероральних цукрознижуючих засобів. Тіоктова кислота реагує з йонними комплексами металів ( наприклад, з циспластином), тому Тіоктодар може знижувати ефект циспластину. З молекулами цукру тіоктова кислота утворює важкорозчинні комплексні сполуки. Тіоктова кислота є хелатотормом металу, тому не може бути застосована разом з металами (наприклад, препарати заліза, магнію).

**Фармакологічні властивості.**

**Фармакодинаміка.**

Активна діюча речовина препарату – тіоктова кислота відіграє роль коензиму в окислювальному декарбоксілюванні альфа - кетокислоти, тобто в енергетичному обмінні клітин. В амідній формі ( ліпоамід ) є есенціальним кофактором мультиензимних комплексів ,

що каталізують декарбоксилювання альфа – кетокислот циклу Кребса. Тіоктової кислоті притаманні антиоксидантні та антиоксидатні властивості, вона також може відновлювати інші антиоксиданти, зокрема при цукровому діабеті. У хворих на діабет тіоктова кислота знижує резистентність до інсуліну та гальмує розвиток периферичної нейропатії. Сприяє зниженню вмісту глюкози в крові та накопиченню глікогену в печінці. Тіоктова кислота впливає на обмін холестерину, бере участь у регуляції ліпідного та вуглеводного обміну, поліпшує функцію печінки ( внаслідок гепатопротекторної, антиоксидантної, дезінтоксикаційної дії.

#### **Фармакокінетика.**

Період напіввиведення препарату становить 30 хвилин. Загальний кліренс становить 694 мл/хв. Після одноразового внутрішньовенного введення в перші 3-6 годин з сечею виводиться 93 – 97 % тіоктової кислоти або її дериватів.

#### **Несумісність.**

Тіоктодар несумісний з розчинами глюкози, фруктози, розчином Рінгера. Препарат несумісний із розчинами , які містять сполуки , що вступають у реакцію з SH групами чи дисульфідними містками.

**Термін придатності. 3 роки.**

#### **Умови зберігання.**

Зберігати у недоступному для дітей місці. Зберігати при температурі не вище 25<sup>0</sup> С у захищеному від світла місці.

Упаковка.

Розчин для ін'єкцій 3 % по 10 мл у флаконах № 1, № 5, № 10.

Категорія відпуску.

За рецептом.

Виробник.

ПРАТ " По виробництву інсулінів " ІНДАР ".

Контролем ефективності лікування Тіоктодаром можуть служити показники динаміки вмісту альфа – кетокислот у сечі нічній ( норма: 12 - 24 мг ) та прандіальній (норма: 7-15 мг).

### **ВИСНОВКИ**

1. Опрацьована ефективна методика акупунктурної фармакотерапії із застосуванням Тіоктодару та Ксантинолу Нікотинату.
2. В сеансі пропонованої акупунктури при цукровому діабеті досягається зниження рівня глікемії на 2 ммоль/л.
3. Визначено терапевтичну дозу Тіоктодару для акупунктури, вона не перевищує 30 мг (1 мл 3 % розчину) і в 10 разів нижча доза препарату, що застосовується для внутрішньовенного введення – 300 мг.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Томашевський Я. І., Бумбар О. І., Фірчук М. В., Мінько Л. Ю. Акупунктурна фармакотерапія ендокринних захворювань // Ендокринологія. Навчальний посібник для студентів та лікарів / За ред. проф. Я. І. Томашевського та проф. О.О. Сергієнка. – Львів : НТШ, 2009. – С. 211 – 217.
2. Мачерет Е. Л., Лысенюк В.П., Самосюк И.З. Атлас акупунктурных зон. – К. Вища школа. – 1986. – 255 с.
3. Практическое руководство по аурикулярной и корпоральной иглотерапии / Труфанова В. Ф., Яроцкая Э. П., Биневская О. М. – Х.: Вища школа при Харьк. ун – те, 1985. – 264 с.

## ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК НЕГАТИВНИЙ ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ТА СУСПІЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

*В статті розкривається суть, ознаки й особливості інтернет-залежності, масштаби її поширення. Окреслюються підходи до вивчення інтернет-залежності в різних країнах світу. Обґрунтовується необхідність поглибленого вивчення та моніторингу цієї проблеми в Україні з метою її пом'якшення і вирішення.*

*Ключові слова: інтернет, залежність, здоров'я.*

*Essence, signs and features of internet-dependence, scales of her distribution, opens up in the article. Going is outlined near the study of internet-dependence in the different countries of the world. The necessity of deep study and monitoring of this problem is grounded for Ukraine with the aim of her softening and decision.*

*Ключевые слова: интернет, зависимость, здоровье*

*В статье раскрывается суть, признаки и особенности интернет-зависимости, масштабы ее распространения. Очерчиваются подходы к изучению интернет-зависимости в разных странах мира. Обосновывается необходимость углубленного изучения и мониторинга этой проблемы в Украине с целью ее смягчения и решения.*

*Key words: Internet, addiction, health*

**Актуальність теми.** Останнім часом з'явилася велика кількість публікацій, в яких автори окреслюють сутність й особливості інтернет-залежності та її впливи на формування індивідуального й суспільного здоров'я, а також на якість і спосіб життя населення. Оскільки кількість людей, для яких комп'ютер – це основний засіб роботи, спілкування і відпочинку, постійно зростає, то й проблематика, піднята у цій статті, перманентно актуалізується. Адже, фахівці застерігають, що довгі години роботи, проведені за монітором, можуть призвести до проблем із здоров'ям. Вони стверджують, що шкідлива дія комп'ютера пов'язана не тільки з наявністю таких несприятливих чинників, як неправильна постава і тривала сидяча робота, тривалим фокусуванням зору на екрані, тривалим набором тексту або «човганням» мишкою, ну і звичайно, дією на нервову систему [14], але й з формуванням феноменального явища, чи хвороби під назвою «інтернет-залежність». Зважаючи на його масовість, тема цієї статті, яка присвячена проблемам інтернет-залежності, є актуальною і своєчасною.

**Вивченість теми.** На сьогоднішній день широкому загалу відомі праці, присвячені інтернет-залежності, низки зарубіжних вчених, таких як А.Войскунський [6], Д.Грінфілд [17], А.Сгоров [2], К.Янг та інші. Але й українські дослідники не залишилися осторонь цієї проблематики. Так, викликають непересічний інтерес праці українських вчених, в яких розкриваються різні аспекти інтернет-залежності. Серед таких праць роботи Гончаренко Е.В. [1], Єщенко А.В. [3], Петрунько О. [8], Турецька Х. [11], Ходан В.П., Богуш В.М. [12], Шевчук Л.Т., Федоришина Л.М. [14], Юр'єва Л.Н. [15] та ін. Але, проблема інтернет-залежності настільки гостра й багатогранна, що потрібні не тільки нові теоретичні розвідки й практичні дослідження, але й філософське переосмислення цього феномену.

**Виклад основного матеріалу.** Як акцентується увага в публікації [4], медики розвинених країн б'ють на сполох, а психіатри навіть вигадали спеціальний термін – «Інтернет-залежність» (у деяких джерелах «комп'ютерна залежність»). Це пов'язано з тим, що молодь все більше часу проводить за комп'ютером, живучи практично у віртуальному світі, спілкуючись у чатах більше, ніж зі своїми реальними однолітками [4].

Термін «Інтернет-залежність» вперше був запропонований у 1995 році американським лікарем І. Голдбергом. Під цим поняттям він мав на увазі непереборний потяг до Інтернету, що характеризується «згубною дією на побутову, навчальну, соціальну, робочу, сімейну, фінансову сфери діяльності».

І. Голдберг виокремив наступні основні симптоми інтернет-залежності як розладу здоров'я:

- хворобливий негативний стресовий стан або дистрес;
- заподіюється шкода фізичному, психологічному, міжособистісному, економічному чи соціальному статусу [5].

Доведено, що до 14% користувачів Інтернету мають залежність, до 25% набувають її протягом півроку від початку перебування в мережі [15].

Цікаві дані дослідницького центру Computer Economics (2009) наводить Т.О.Ісакова в аналітичній доповіді НІСД «Інтернет-залежність як новий феномен сучасного світу: сутність і проблеми» (2011) [5]:

- у Європі більше 40 % користувачів Інтернету є залежними від мережі;
- інтернет-залежні проводять у мережі понад 18 годин на день;
- 15 % людей у світі притаманна надмірна захопленість роботою в мережі (т.зв. інформаційний вампіризм);
- 60 % європейців прирівнюють віртуальних друзів до реальних;
- 3 % європейців віддають перевагу віртуальним шлюбам;
- у США кожна 20 заміжня жінка – «комп'ютерна вдова» (жінка, чоловік якої практично весь час перебуває у віртуальному світі);
- 40 % американців майже не виходять з дому, а все необхідне вони замовляють через Інтернет (одяг, їжу), мають віртуальні гаманці, віртуальний секс і відправляються у віртуальну відпустку.

В аналітичній доповіді НІСД «Інтернет-залежність» як новий феномен сучасного світу: сутність і проблеми» (2011) [5] зазначається, що діагностування хворих на інтернет-залежність в Україні здійснюється на основі МКХ-10, а саме відповідно до блоку «Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих» (F 60-69), де згруповані більшість видів нехімічної адикції. Блок включає ряд клінічно значущих станів поведінкових типів, які мають тенденцію до стійкості і є вираженням характеристик властивого індивідууму стилю життя і способу ставлення до себе та інших [5].

Симптоми залежності умовно розділяють на три групи: психічні (почуття радості, ейфорії при контакті з комп'ютером, роздратування або пригнічення без нього, відсутність контролю за часом, емоційна нестійкість і т.д.); соціальні (виникнення проблем у взаєминах з оточуючими, економічні проблеми, пов'язані з витратами грошей, нехтування особистою гігієною); духовні (втрата сенсу життя, духовне зубожіння) [3].

У структурі комп'ютерної залежності виділяють 5 типів: нав'язливий серфінг (подорож у мережі, пошук інформації з баз даних і пошукових сайтів); пристрасть до онлайн-торгів; віртуальні знайомства без прагнення перевести їх у реальність; кіберсекс (захоплення порносайтами); комп'ютерні ігри [9].

Часто комп'ютерна залежність пов'язана з «інтернетоманією», що призводить майже до такого ж руйнування особистості, як алкоголізм і наркоманія. Стадії інтернет-залежності: зацікавленість, втягування, повна залежність із тяжкими симптомами відміни під час «відлучення» від ПК. В інтернетзалежних молодих людей ризик алкоголізації вищий у 7 разів, а наркотизації - у 6,8 рази, ніж в інших підлітків [7]. Інтернетзалежність (мережоголізм) може проявлятися у гемблінгу (ігроманії), нав'язливому вебсерфінгу, спілкуванні у соціальних мережах тощо.

У Японії вчені досліджували наслідки багатогодинного перебування дітей у віртуальному інформаційному просторі, зокрема під час багатогодинної комп'ютерної гри. Результати цих досліджень вражають:

– у дітей, які грають у комп'ютерні ігри, можуть виявлятися хронічні зміни у розвитку головного мозку;

– комп'ютерні ігри стимулюють лише ті частини головного мозку, які відповідають за зір та пересування, і не допомагають у розвитку інших його важливих ділянок;

– у дітей, які довго грають у комп'ютерні ігри, не розвиваються лобні частини мозку, що відповідають за поведінку, тренування пам'яті, емоції, навчання. Ці частини мозку повинні розвиватися до досягнення дорослого віку [2].

Але, є й інші точки зору. Зокрема, деякі дослідники вважають: негативний вплив новітніх технологій на стан здоров'я людини чи суспільства відбувається тому, що користувачі не дотримуються певних вимог. В публікаціях містяться такі вимоги, які повинен знати навіть користувач-початківець, щоб зберегти своє здоров'я:

– протипоказано працювати за комп'ютером вагітним і годуючим жінкам;

– не можна працювати на комп'ютері більше двох годин поспіль;

– не рекомендується працювати на клавіатурі більше, ніж півгодини поспіль;

– важливо змінювати характер роботи упродовж дня;

– доцільно використовувати будь-яку можливість, щоб підніматися і розминатися протягом дня;

– якщо холонуть руки, слід одягати легкі рукавички;

– важливо дотримуватись правил ергономіки робочого місця;

– слід витримувати правильну робочу позу [14].

– Аналогічні суперечки стосуються і використання мобільних телефонів. Стверджується, що вони здатні викликати низку захворювань, у тому числі й активізувати розвиток пухлин мозку. Вчені нейродіагностичного наукового інституту в Іспанії виявили, що у 11-13-річних дітей, які дві хвилини поговорили по стільниковому телефону, зміна біоелектричної активності мозку зберігається ще дві години після того, як вони закінчили розмову.

Харківські вчені під час тестування нового бездротового енцефалографа (прилад, за допомогою якого проводять обстеження головного мозку) вирішили перевірити, чи може мобільний телефон спотворити результати діагностики, адже звичайний електроенцефалограф працювати при включеному мобільному телефоні не може. Отримані результати, визнають дослідники, їх просто шокували: коли людина починала говорити по мобільному телефону, прилад фіксував так звану повільно-хвильову активність - у більшості випадків вона відповідає енцефалограмі людини з пухлиною мозку [13].

Угорський вчений Імре Феджес з відділу акушерства і гінекології Університету Сегеда, провівши обстеження упродовж 13 місяців 221 чоловіка, виявив, що випромінювання мобільного телефону негативно позначається на якості сперми - кількість сперматозоїдів скорочується на одну третину, решта ж здійснює хаотичні рухи. На думку вчених, це знижує шанси на запліднення. При цьому зовсім необов'язково багато говорити по мобільному телефону, достатньо просто носити його в кишені брюк або на ремені.

Шведські вчені з Інституту гігієни отримали дані про підвищення ризику розвитку пухлин мозку у віковій групі 20-29 років при використанні аналогових і бездротових телефонів протягом 5-10 років. Для інших вікових категорій такої залежності не було виявлено. Ці дані показують, що ті, хто користується телефонами з 10-19 років, набагато більше ризикують заробити пухлину мозку, ніж ті, хто придбав телефон у 29 років і пізніше.

Якщо говорити про збитки суспільства, то Гончаренко Е.В. у своїй роботі [1] формалізував основні складові функції захворюваності, причиною появи якої є поширення шкідливих засобів мобільного зв'язку. На основі значення функції захворюваності він запропонував розраховувати значення еколого-економічного збитку як для бюджету регіону, так і для конкретного постраждалого абонента згідно з виразом:



$$Y = \Delta Y_{заб} + Z_{стр} + D_{рег} + D_{інш} \quad (1)$$

Де,

$\Delta Y_{заб}$  – додаткові витрати бюджету, зумовлені збільшенням рівня захворюваності в порівнянні з нормальним для даної соціальної (професійної, вікової) групи, грн./рік;

$Z_{стр}$  – додаткові витрати бюджету соціального страхування, грн./рік;

$D_{рег}$  – втрати валового внутрішнього продукту регіону, грн./рік;

$D_{інш}$  – інші втрати: непрямі витрати й упущені вигоди, що супроводжують зростання захворюваності в регіоні, грн./рік [1].

Варто зазначити, що такі негативні соціальні і медичні аспекти використання новітніх технологій аж ніяк не впливають на кількість їх використання. Люди вже не можуть відмовитись від таких зручностей, як Інтернет чи мобільний телефон. Так, за даними агентства Gartner, в 2014 році витрати на гаджети в усьому світі зростуть на 4,3%, сервери - 2,6%, софт - 6,8%, IT-послуги - 4,5%, а на зв'язок - на 1,2%. Торік на IT було витрачено \$ 3,7 трлн. [10]. Стає очевидним, що при використанні новітніх технологій досить важливо пам'ятати про правила безпеки користувача.

Саме тому Європейський Союз приділяє велику увагу захисту прав та гідності користувачів Інтернету, а особливо дітей. Так, в ЄС у 2005 році започаткована Програма «Безпечний Інтернет», яка спрямована на захист молоді та дітей від негативного впливу інтернет-мережі та передбачає участь національних правоохоронних органів, неурядових організацій та науковців. У листопаді 2008 року Європейський Парламент Рішенням №1351/2008/ЄС затвердив Програму «Безпечний Інтернет», розраховану на 2009 - 2013 роки, серед основних завдань якої є створення бази знань дослідників, які займаються безпекою дітей в Інтернеті на європейському рівні, а також вивчення наслідків використання дітьми нових технологій та пов'язані з цим ризики [5].

В Україні, яка переживає зараз надзвичайно складний період, питання інтернет-залежності залишається поза увагою багатьох дослідників і урядових структур. В той же час ця проблема вимагає належної уваги як пересічних мешканців, так і вчених, фахівців, спеціалістів різних царин діяльності. Важливо, розробити законодавство з цієї проблематики. Необхідно вести роз'яснювальну роботу як серед дорослих, так і серед дітей. Надзвичайно важливо моніторити не тільки інтернет-залежність у різних вікових групах, але й наслідки, які вона спричиняє.

**Висновки.** Інтернет-залежність є не тільки феноменальним явищем сучасності, але й негативним фактором формування індивідуального й суспільного здоров'я, практично, в усіх країнах світу, у тому числі й в Україні. Надзвичайно важливо організувати систематичне вивчення інтернет-залежності та наслідків, які вона формує. Особлива робота має проводитись в школах та вузах, де діти й молодь повинні розуміти важливість дозування роботи при використанні сучасних інформаційних технологій. Адже, здорова нація – це запорука розвитку й процвітання держави.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Гончаренко Е.В. Еколого-економічне обґрунтування розвитку інформаційних технологій на прикладі мобільного зв'язку : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : спец. 08.08.01 / Е.В. Гончаренко ; Сумський державний університет. - Суми, 2004. – 20 с.
2. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости / А.Ю. Егоров. - СПб. : Речь, 2007. – 190 с.
3. Єщенко А.В. Вплив інформаційних технологій на здоров'я підлітків / А.В. Єщенко [Електронний ресурс]. – Доступ до ресурсу : <http://www.mif-ua.com/archive/article/36202>
4. Залежність від комп'ютера не менш шкідлива, ніж наркозалежність [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://www.mzz.com.ua/news.php?extend.79>
5. Інтернет-залежність як новий феномен сучасного світу: сутність і проблеми. - К.: НІСД, 2011. - 47 с.

6. Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития [Текст] / Ред.-сост. А. Е. Войскунский. – М. : Акрополь, 2009. – 279 с.
7. Комп'ютерна залежність [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.kosivart.com/index.cfm/fuseaction/hutsul\\_land.computer-dependence/year/2006/](http://www.kosivart.com/index.cfm/fuseaction/hutsul_land.computer-dependence/year/2006/)
8. Петрунько О. Діти і медіа: соціалізація в агресивному медіа середовищі [Текст] / О. Петрунько: Монографія. – Полтава: ТОВ НВП «Укрпромторгсервіс», 2010. – 480 с.
9. Самардакова Г.О. Комп'ютерна залежність / Г.О. Самардакова [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://knmu.kharkov.ua/uk/node/663>
10. Топ главных гаджетов ближайшего будущего [Електронний ресурс]. – Доступ до ресурсу : <http://vesti.ua/nauka-i-tehnologii/42222-top-glavnyh-gadzhetov-blizhajshego-buduwego>
11. Турецька Х. Інтернет-залежність як предмет психологічного дослідження / Христина Турецька // Вісник Львівського університету. – Львів, 2007. – Вип. 10. – С. 365–375.
12. Ходан В.П., Богуш В.М. Комп'ютерна та інтернет залежність як хвороба ХХІ століття / В.П. Ходан, В.М. Богуш // Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент. – Вип. 10 : збірник наукових праць. – Київ : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2012. – С. 255-262.
13. Чем опасен мобильный телефон [Електронний ресурс]. – Доступ до ресурсу : [www.tofeelwell.ru/chem-opasen-mobilnii-telefon](http://www.tofeelwell.ru/chem-opasen-mobilnii-telefon).
14. Шевчук Л.Т., Федоришина Л.М. Соціально-економічні наслідки впливу новітніх технологій на індивідуальне та суспільне здоров'я // Сталій розвиток економіки: міжнародний науково-виробничий журнал. – 2014. - №3(25). - С.17-22.
15. Юрьева Л.Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика / Л.Н. Юрьева, Т.Ю. Больбот. – Днепропетровск : Пороги, 2006. - 196 с.
16. Як впливає комп'ютер на наше здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.epochtimes.com.ua/articles/view/8/13908.html>
17. Greenfield D.N. Virtual Addiction: Help for Netheads, Cyberfreaks, and Those Who Love Them. - Oakland: New Harbinger Publ. 1999.

### Деякі визначні і пам'ятні дати вересня

#### 1

- **День знань** . День знань був затверджений Президією Верховної Ради СРСР Наказом N 3018-Х від 1.10.80 р., в редакції Наказу N 9724 - XI від 1.11.88 р. З цього дня починається офіційний навчальний рік у всіх навчальних закладах країни.
- **1996 р.** в Україні було запроваджено національну валюту – гривню.
- **140 років** від дня народження **Едгарда Райса Берроуза (1875-1950)**, американського письменника-фантаста.

#### 2

- **День нотаріату** . Це свято відзначають в Україні з 2010 року. З ініціативи Української нотаріальної палати та Міністерства юстиції України нотаріуси отримали можливість відзначати свій професійний день. Громадський інститут нотаріальної діяльності є невід'ємною частиною будь-якої правової держави.
- **День закінчення Другої світової війни**. У цей день 1945 р. рівно у 9-й годині і 2 хвилини (за токійським часом) був підписаний формальний акт про беззастережну капітуляцію останнього активного союзника фашистської Німеччини - Японії. Це сталося на борту американського лінкора ББ-63 «Міссурі». Цьому передувало зроблене раніше офіційне повідомлення японської влади від 14-го серпня, в якому вони брали умови капітуляції за формулою Потсдамської конференції без будь-яких поправок і застережень.
- **1889 р.** в місті Маріуполі почав працювати морський порт. Саме цю дату вважають початком експлуатації Маріупольського морського державного торговельного порту, бо в цей день на території порту було подано 18 вагонів, завантажених вугіллям.
- **1794 р.** Катериною II був підписаний рескрипт, згідно якого в Хаджибеї (стара назва фортеці, на місці якої планувалося заснування Одеси) мали бути організовані військова гавань та пристань.
- **1913 р.** у місті Києві було розпочато Першу Всеросійську спортивну олімпіаду. Цю олімпіаду було намічено провести на найвищому рівні.
- **1908 р.** народився **Валентин Глушко**. видатний український радянський інженер, вчений в галузі ракетно-космічної техніки, основоположник радянського рідинного ракетного двигунобудування, академік АН УРСР та АН СРСР.

#### 3

- **2000 р.** у місті Києві був створений популярний український російськомовний дівочий музичний гурт «ВІА Гра». Ідея про створення цього проекту належала продюсерові Дмитру Костюку.
- **2005 р.** збірна України з футболу вперше в своїй історії пройшла кваліфікацію та здобула право виступити на Кубку Світу 2006 року, на якому вийшла до чвертьфіналу.

#### 4

- **1928 р.** Рада Народних Комісарів УРСР своєю постановою затвердила новий український правопис («скрипниківський» або «харківський»), який діяв до 1933 р. Згодом, 31 березня 1929 "скрипниківський" правопис був прийнятий Українською академією наук, а 29 травня 1929 року – Науковим товариством ім. Т. Шевченка у Львові. У 1933 році "скрипниківський" правопис визнали націоналістичним, його змінили, наблизивши до російського правопису. Деякі норми "скрипниківського" правопису сьогодні повернули.
- **1938 р.** було створено Українську Національну Оборону (УНО). Цю піввійськову організацію закарпатської молоді було засновано з ініціативи члена ОУН. Головою Української Національної оборони спочатку був **Василь Івановчик**, а згодом – **Степан Росоха**.

#### 5

- **1967 р.** вийшов Указ «Про громадян татарської національності, що раніше мешкали в Криму» Президії ВР Радянського Союзу, в якому говорилося про відміну рішень 1944 року, які містили огульні звинувачення на адресу кримських татар.
- **Міжнародний день благодійності**. Міжнародне співтовариство на рівні Генеральної Асамблеї ООН глибоко стурбоване тим фактом, що злидні як і раніше зберігаються практично у всіх державах світу

- **1015 р.** у боротьбі за київський престол князь **Святополк Володимирович (Святополк І Окаянний)** вбив свого рідного брата **Гліба Володимировича**. Гліб був одним з найулюбленіших синів великого князя Київського Володимира.
- **1870 р.** в м. Тараща Київської губернії народився **Володимир Васильович Сікевич**, військовий і політичний діяч; генерал-хорунжий армії Української Народної Республіки, полковник генерального штабу та генерал-майор царської армії.

## 6

- **2007 р.** Національний банк України випустив у обіг пам'ятну монету «Іван Богун», продовжуючи серію «Герої козацької доби». Ця монета номіналом 10 гривень присвячена одному з видатних державних та політичних діячів.
- **1770 р.** почалося будівництво Олександрівського форштадту, з якого згодом виросло місто Олександрівськ (тепер це сучасне місто Запоріжжя).
- **День Конотопа.** Місто Конотоп – місто на Сіверщині, в Сумській області. Розташоване на р. Єзуч. Точний рік появи Конотопа і досі залишається невідомим, проте історики вважають, що місто існувало ще до навали монголо-татар. Археологічні дослідження 1997—1998 років дають змогу припускати існування тут поселення Чернігівського князівства княжої доби. Після цього землі Конотопщини залишалися спустошеними до XVI ст., а згодом були захоплені князівством Литовським. Постійні військові суперечки і конфлікти між Польщею та Московією за територію України привели до потреби узгодження кордонів. 28 червня 1659 року відбулась знаменита Конотопська битва (інша назва — Соснівська битва), в якій українська армія вщент розгромила армію московитів.
- **1924 р.** в місті Київ народився **Михайло Юліанович Брайчевський**, видатний український історик і археолог, Лауреат премії ім. М. Грушевського, лауреат премії Фундації Омеляна і Тетяни Антоновичів, член Української вільної академії наук (США), дійсний член Наукового товариства імені Шевченка, голова Київського осередку Українського історичного товариства ім. М. Грушевського, заслужений діяч науки і техніки, почесний професор Національного університету «Києво-Могилянська академія».

## 7

- **День підприємця.** В Україні День підприємця прийнято святкувати в першу неділю вересня. Це професійне свято в нашій державі було засноване в 1998 році, Наказом Президента Леоніда Даниловича Кучми від 5.10.1998.
- **День військового розвідника.** Кожен рік на початку осені, 7 вересня, український народ відзначає професійне свято - День військового розвідника. Це свято було засновано в 2007 році в Міністерстві оборони України, підписанням особливого наказу керівником оборонного підрозділу. Свято встановлене з метою підняття престижу професії військового розвідника, виховання патріотизму серед молодого покоління військових.
- **1792 р.** перша група чисельністю у 3847 колишніх запорозьких козаків (чорноморських козаків) з-за Південного Бугу під командуванням полковника Чорноморського козацького війська Сави Білого висадилася на Тамані. Цю дату вважають початком заселення Кубані українцями. Впродовж року до Кубані переселилися 25 тис. українців.
- **1971 р.** у місті Києві було оголошено про споріднення й братання українського міста Києва та японського міста Кіото.

## 8

- **2005 р.** Президент України Віктор Андрійович Ющенко своїми Указами відправив у відставку уряд Юлії Володимирівни Тимошенко. Також ним було звільнено із займаної посади секретаря Ради національної безпеки та оборони Петра Порошенка, голову Служби Безпеки О. Турчинова, президента Національної телекомпанії України Т. Стецьківа та голову Державної митної служби України В. Скомаровського.
- **Міжнародний день грамотності.** Починаючи з 1966 року ЮНЕСКО відзначає Міжнародний день грамотності, намагаючись саме в такий спосіб привернути увагу суспільства й мобілізувати міжнародну суспільну думку, щоб збудити його інтерес і досягти активної підтримки зусиль, спрямованих на розповсюдження грамотності — однієї з головних сфер діяльності ЮНЕСКО починаючи з часів її першої Генеральної конференції в 1946 році. Свято було запроваджене й святкується не тільки на честь тих, хто дав людству писемність, але й всіх, хто навчає дітей і молодь та розповсюджує грамотність.

- **Міжнародний день солідарності журналістів.** Це свято було засновано в 1958 році в Бухаресті, на 4 конгресі міжнародної організації журналістів. За задумом депутатів конгресу, у цей день журналісти всіх країн і видань повинні демонструвати світові свою згуртованість, особливо в справі захисту своїх прав.
- **1989 р.** у місті Києві відкрився установчий (I Всеукраїнський) з'їзд Народного Руху України за перебудову. До утворення політичної партії була утворена громадсько-політична організація на базі чисельних демократичних угруповань.
- 1898 р. в місті Любомль Волинської області народилася **Наталія Ужвій**, знаменита українська радянська акторка театру і кіно.

## 9

- **День тестувальника.** 9 вересня світова громадськість відзначає свято - День тестувальника. В Україні цей день також придбав популярність, так як чимала кількість людей задіяна в цій сфері. 9 вересня 1945, вченими Гарвардського університету, офіційно був зареєстрований перший в історії баг. Вчені тестували обчислювальну машину Mark II Aiken Relay Calculator, знайшли метелика, що застряг між контактами електромеханічного реле. Виконана робота вимагала опису, і слово було знайдено - «debugging» (дослівно: позбавлення від комахи) - так і нині називається процес виявлення і усунення багів - причин неправильної роботи комп'ютера. Вилучена комаха була вклеєна в тижневик, з відповідним написом: «First actual case of bug being found» (перший виявлений баг), і згодом її передали до музею обчислювальної техніки. Цей цікавий факт поклав початок використанню слова "баг" в якості помилки.
- **День дизайнера-графіка.** На початку вересня, 9 числа, в Україні та на території всього СНД відзначають свято - День дизайнера-графіка. Цей день було встановлено на честь знаменитого професіонала своєї справи, відомого дизайнера – графіка Володимира Чайки, у день його 50 – ти річчя.
- 1913 р. о 18 годині 10 хвилин київський військовий льотчик **Петро Миколайович Нестеров** уперше у світі зробив на літаку «мертву петлю» — одну з фігур вищого пілотажу.

## 10

- **1856 р.** було закінчено Кримську війну, що тривала з 1853 року між Російською Імперією та союзницькими військами Франції, Османської імперії, Сардинського Королівства та Великої Британії за панування на Балканах та Близькому Сході.
- **Всесвітній день запобігання самогубствам.** Він був заснований Всесвітньою організацією охорони здоров'я спільно з Міжнародною асоціацією по запобігання самогубствам. Самогубство в сучасному світі є однією з найбільш актуальних психологічних і соціальних проблем. Безліч чинників, з якими стикається людина у повсякденному житті, в певний момент можуть штовхнути її на злочин проти самої себе. За даними міжнародних організацій, половина всіх насильницьких смертей припадає на випадки суїциду. Щорічно на такий злочин вирішується близько мільйона людей в усьому світі.
- **1885 р.** в Москві, народився **Олександр Володимирович Палладін**, відомий український біохімік.

## 11

- **Усікновення голови Іоана Предтечі.** Це особлива подія в православному календарі. Іоан Предтеча є найбільш шанованим святим після Богородиці. Він передбачив народження Христа і став його хрестителем.
- **1943 р.** Радою Народних Комісарів УРСР Постановою № 246 було створено державний академічний український хор імені Г. Г. Верьовки.
- **1927 р.** відбувся землетрус на Південному березі Криму, що призвів до численних руйнувань від Севастополя до Феодосії.

## 12

- **1991 р.** у місті Києві було демонтовано монумент на честь Жовтневої революції на майдані Незалежності.
- **День українського кіно.** День українського кіно наша країна щорічно святкує в другу суботу вересня. Це професійне свято для всіх працівників кінематографії.
- **День фізичної культури і спорту.** День фізичної культури і спорту в нашій державі з року в рік прийнято урочисто святкувати в другу суботу вересня.
- **1898 р** в Києві відбулося урочисте відкриття нового освітнього закладу під офіційною назвою Київського політехнічного інституту імператора Олександра II.

- **Всесвітній день надання першої медичної допомоги.** Проводиться щорічно в другу суботу вересня з 2000 року. Ініціатором проведення Всесвітнього дня надання першої медичної допомоги виступають національні організації - члени Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця.

### 13

- **Міжнародний день пам'яті жертв фашизму**
- **День програміста.** Професійне свято програмістів в Україні відзначають 13 вересня, а у високоосвічених роки - 12 вересня. Така неоднозначність пов'язана з тим, що датою свята був обраний 256-й день року. Ця цифра позначає кількість різних значень, які можуть бути виражені за допомогою восьмирозрядного байта, а також число 256 є максимальним ступенем числа 2 (два у восьмому ступені), яка не перевищує кількості днів у році.
- **День танкіста** в Україні щороку прийнято святкувати в другу неділю вересня. Спочатку це свято було встановлене Президією Верховної Ради Радянського Союзу, Наказом від 1.07.1946 р.
- **День працівників нафтової, газової і нафтопереробної промисловості.** День працівників нафтової, газової і нафтопереробної промисловості з року в рік в нашій державі прийнято святкувати восени, в другу неділю вересня.

### 14

- **1991 р.** у місті Києві було розпочато роботу Всеукраїнського форуму інтелігенції. Після проголошення незалежності нашої держави, стала дуже гостро відчуватися потреба в українському культурному відродженні.
- **День преподобного Симеона Стопника**

### 15

- **1922 р.** у місті Львові, з ініціативи театрального товариства на чолі з **Б. Романицьким і Р. Корольчуком** створено новий драматичний театр. 12 січня 1923 року театру присвоєно ім'я М. Заньковецької.
- **Міжнародний день демократії.** Демократія являє собою повноцінний політичний режим, заснований на методі колективного чи колегіального прийняття рішень, при якому кожен з учасників має рівний вплив на прийняття рішення.
- **День народження Google.** **Ларі Пейдж** (Larry Page) і **Сергій Брін** (Sergey Brin), тоді ще 24-річні студенти Стенфордського університету, зареєстрували доменне ім'я «google.com» 15 вересня 1997 року. Сьогодні **Google** – найбільша пошукова мережа, яка знаходить інформацію 195 –ма мовами та обробляє понад 40 млрд. запитів щомісяця.

### 16

- **1658 р.** гетьманом України **Іваном Виговським** у місті Гадячі було укладено із Польщею Гадяцький договір. Виговський шукав союзників, бо добре розумів неминучість зіткнення з Московською державою. Договір передбачав входження України до складу Речі Посполитої під назвою «Велике Князівство Руське» як третього рівноправного члена двосторонньої унії Польщі і Литви. Передбачалася також ліквідація Берестейської унії.
- **Міжнародний день охорони озонного шару.** В 1994 році Генеральна Асамблея ООН проголосила 16 вересня Міжнародним днем охорони озонного шару. День встановлено на згадку про підписання Монреальського протоколу щодо необхідності збереження озонного шару, який фільтрує сонячне проміння і попереджує шкідливий вплив ультрафіолету на поверхню Землі, тим самим зберігаючи життя на планеті.
- **1899 р.** у Західній Україні було створено Українську Національно-демократичну партію (скорочено – УНДП). На кінець 19 – початок 20 століття УНДП була провідною партією у Галичині.

### 17

- **1834 р.** українського професора **Михайла Олександровича Максимовича** було затверджено на посаді ректора Київського Імператорського університету святого Володимира. Михайло Максимович - видатний український вчений-енциклопедист, фольклорист, історик, філолог, етнограф, ботанік, поет зі старшинського козацького роду Полтавщини.
- **2008 р.** указом Президента України на підтримку ініціативи громадськості та Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи встановлено день рятівника.

- День рятувника святкують працівники: аварійно-рятувальних служб, пожежної охорони, інших спеціальних формувань, а також громадяни, які внесли свій внесок у справу ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, захисту життя і здоров'я людей.
- **1989 р.** у місті Чернівці було розпочато I Республіканський фестиваль української пісні «Червона рута». З того часу цей музичний український молодіжний фестиваль проходить у різних містах України.
- **1901 у м. Новомосковськ** Дніпропетровської області народився **Микола Петрович Глушенко**, відомий український художник.

#### 18

- **1929 р.** на Запорізькому заводі «Комунар» було випущено перший український зернозбиральний комбайн. Випуск комбайну було здійснено завдяки праці колективу з п'ятнадцяти молодих інженерів під керівництвом **Андрія Василенка**.
- **1965 р.** острів Хортиця у місті Запоріжжі було оголошено державним історико-культурним заповідником. Острів Хортиця є найбільшим островом на Дніпрі.
- **1841 р.** в м. Гадяч Полтавської губернії народився **Михайло Петрович Драгоманов**, український публіцист, історик, філософ, економіст, літературознавець, фольклорист, громадський діяч, представник відомого роду українських громадських і культурних діячів Драгоманових.

#### 19

- **1991 р.** після перерви строком у 174 роки було відновлено діяльність Києво-Могилянської академії.
- **1858 р.** у м. Катеринослав (сучасний Дніпропетровськ), народився **Адріан Феофанович Кащенко**, український письменник, автор численних прозових творів про вікопомну героїку Запорізької Січі.

#### 20

- **День фармацевта та фармацевтичного працівника.** Це свято отримало статус професійного в 1999 році і відзначається в третю суботу вересня
- **1919 р. Нестор Махно і уряд УНР уклали угоду про спільну боротьбу проти Денікіна**
- **1876 р.** в с. Пальчик тепер Черкаської області в сім'ї богослужителя народився **Єфремов Сергій Олександрович**, український громадсько-політичний і державний діяч, літературний критик, історик літератури, академік Української Академії Наук, віце-президент ВУАН, дійсний член Наукового Товариства ім. Т. Шевченка

#### 21

- **Різдво Пресвятої Богородиці.** Різдво Пресвятої Богородиці - православне свято. Повна назва - Різдво Пресвятої Владичиці нашої Богородиці. Його відзначають 21 вересня. В католицькій церкві воно так само існує, але святкується 8 вересня. Перші згадки про свято відносяться до V ст.
- **Міжнародний день миру.** Для деяких з нас мир - це повсякденна реальність. На наших вулицях спокійно, наші діти ходять до школи
- **День працівників лісу.** Кожен ліс вимагає до себе дбайливого ставлення, лісу потрібен хазяїн, який буде самовіддано йому служити. В Україні День працівників лісу щорічно прийнято святкувати в золоту пору осені, в третю неділю вересня.

#### 22

- **1939 р.** Радянські війська увійшли до міста Львова, узявши таким чином територію Західної України під контроль Червоної армії. У радянський полон потрапила дуже велика кількість польських військовослужбовців. Їх доля склалася трагічно – 15 тис. польських офіцерів розстріляли під Харковом та під Смоленськом у Катинському лісі у 1940 році.
- **1835 р.** на хуторі Манев тепер Сумської області народився великий український мовознавець і філософ **Олександр Опанасович Потебня**.

#### 23

- **День осіннього рівнодення** - це день астрономічного початку осені. 23 вересня Сонце сходить точно в точці сходу і заходить точно в точці заходу. У цей день воно знаходиться під і над горизонтом однаковий час (тобто день дорівнює ночі).

- **1872 р.** в с. Білявинці Тернопільської області народилася **Соломія Амвросіївна Крушельницька**, українська оперна співачка, педагог. За життя Соломія Крушельницька була визнана найвидатнішою співачкою світу.

#### 24

- **Всесвітній день моря.** Це один з міжнародних днів у системі Організації Об'єднаних Націй.
- **1993 р. Мінюст України зареєстрував Організацію Українських Націоналістів.** Це один з українських громадсько-політичних рухів, метою якого є встановлення, розвиток та збереження самостійної соборної держави України на її усій етнічній території. Заснували ОУН ще 3 лютого 1929 р.. Очолив організацію останній президент УНР у вигнанні, відомий політичний та громадський діяч України **Микола Васильович Плав'юк**.
- **1941 р.** В Києві почалися вибухи замінованих радянськими диверсантами будинків. Серед зруйнованих того дня будинків був «будинок Гінзбурга» — «перший хмарочос України». Будинок Гінзбурга було створено у місті Києві у 1910-1912 роках. У ті роки це був найвищий хмарочос Російської імперії та перший хмарочос України, що складався з 12 поверхів та був заввишки 67,5 метрів. За кілька днів до того, як місто Київ окупували німці, підрозділи НКВС разом з радянськими інженерними частинами 37-ої армії у режимі суворої секретності розпочали повномасштабне мінування Києва.

#### 25

- **1854 р.** армія чисельністю у 62 тисячі чоловік, яка складалася з військ Туреччини, Франції та Англії, висадилися на берег під містом Євпаторія і пішла у наступ на Севастополь. На захист міста піднявся 7 – ми тисячний гарнізон міста та 25 тисяч моряків.
- **1992 р.** було відкрито канал Рейн-Майн-Дунай, який з'єднав Чорне та Північне моря. Канал Рейн-Майн-Дунай у тому вигляді, у якому він є зараз, будувався з 1960 р. по 1992 рік.

#### 26

- **Європейський день мов.** 26 вересня відзначається Європейський день мов, як спосіб підтримки мовного різноманіття, двомовності кожного європейця та розвитку викладання мов у світі.
- **1995 р..** Україна прийнята до Ради Європи. Основною зі статутних умов для вступу будь-якої країни до РЄ є безумовне визнання принципу верховенства права країною-кандидатом, її відповідальне зобов'язання стосовно забезпечення прав та основних свобод людини.
- **1919 р.** Війська **Нестора Махна** прорвали фронт білої армії. 1918-1920 роки діяльності Нестора Махна можна охарактеризувати як відкриту боротьбу проти будь-яких форм влади разом з армією Матвія Григор'єва.

#### 27

- **Воздвиження Хреста Господнього.** Щорічно 27 вересня Православна церква святкує Воздвиження Чесного і Животворящого Хреста Господнього. Католицькою церквою це свято відзначається восени, 14 вересня. Це свято встановлене для того, щоб славити пам'ять про віднайдення Хреста Господнього. За переказами, ця подія відбулася в Єрусалимі у 346 р. біля Голгофи, місця, де розп'яли Ісуса Христа.
- **Всесвітній день туризму.** Це свято в 1979 р. встановила Генеральна асамблея Всесвітньої туристичної організації в Іспанії, місті Торремолінос.
- **Всесвітній день серця.** Всесвітній день серця проводиться за ініціативою Всесвітньої федерації серця за підтримки Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я з 2000 р..
- **Міжнародний день глухонімих.** Свято відзначається щорічно в останню неділю вересня. Міжнародний день глухонімих заснований в 1951 році, на честь створення Міжнародної федерації глухонімих
- **День машинобудівника** Одна з рис технічно розвиненого суспільства, це наявність дієздатної промисловості і галузі машинобудування, здатність виробляти різноманітні машини і прилади.
- **День вихователя і всіх дошкільних працівників.** Дитинство більшість з нас вважають найщасливішою порою у житті: мультики, кіно, морозиво, зоопарк, атракціони... Скільки розваг потрібно встигнути охопити, щоб дитина залишилася задоволеною....Професія вихователя і всіх працівників дошкільних установ вимагає від людини глибокої самовіддачі, величезного терпіння і нескінченної любові до своєї справи.
- **Нестор Махно уклав союз із Червоною Армією (1920).** Під час наступу кримських військ **Петра Врангеля** восени, у вересні-жовтні 1920 р., **Нестор Махно** у котрий раз вирішив піти на зближення з Червоною Армією. 27 вересня 1920 р. у Старобільську Нестором Махно було



укладено третій, останній воєнно – політичний союз з південним фронтом більшовиків під командуванням М. Фрунзе стосовно спільних дій проти кримських військ П. Врангеля.

#### 28

- **День працівників машинобудівної галузі.** Це професійне свято для всіх інженерів і робітників машинобудування встановив перший Президент нашої країни Леонід Кучма у 1993 році.
- **1920 р.** Маріуполь зайняли білогвардійські війська під командуванням Петра Миколайовича Врангеля, які майже повністю спустошили місто.
- **1989 р., Володимир Васильович Щербицький** пішов у відставку з поста першого секретаря Комуністичної партії України, яку він обіймав з травня 1972 р..
- 1918 р. в с. Омельник Херсонської губернії народився **Василь Олександрович Сухомлинський**, український педагог, публіцист, письменник, поет.

#### 29

- **День отоларинголога.** Отоларингологія представляє одну з гілок медицини, яка спеціалізується на діагностиці та лікуванні вуха, горла, носа, а також патологій голови і шиї.
- 1926 р. **Києво-Печерська лавра отримала статус музею.** Це одна з найбільших українських православних святинь, визначною пам'яткою архітектури та історії, а також діючим монастирем зі статусом лаври православної церкви України МП.
- 1866 р. в м. Холм (тепер територія Польщі ) народився **Михайло Сергійович Грушевський**, український історик, громадський та політичний діяч. Голова Центральної Ради Української Народної Республіки. Дійсний член Чеської АН, ВУАН та АН СРСР, багаторічний голова Наукового Товариства ім. Шевченка.

#### 30

- **День Віри, Надії, Любові та їхньої матері Софії.**
- **Всеукраїнський день бібліотек.** Бібліотеки - один з інструментів нашої цивілізації, який вже багато століть доводить свою ефективність в процесах збереження, накопичення і передачі людських пізнань. Це свято в Україні заснував другий Президент України Леонід Данилович Кучма, своїм Наказом від 14.05.1998 р. № 471/98.
- **Міжнародний день перекладача.**

# ***ХРОНІКА***

Ю.М. ПАНИШКО,  
Я.М. ЛОЗИНСЬКА, О.В. ШЕВЕЛЮК

Деякі визначні і пам'ятні дати СЕРПНЯ

У вересні 2015 р. відзначають свої ювілеї люди, які причетні до охорони здоров'я

## ***ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:***

*40 річчям*

Пукаляка Романа Михайловича  
Скалецьку Наталію Михайлівну  
Фоменко Ірину Степанівну

*45 річчям*

Уську Віру Романівну  
Призиглей Ганну Валеріївну  
Одноріг Лілію Олександрівну

*50 річчям*

Яцкевич Ірину Ігорівну  
Голоту Любов Іванівну

*55 річчям*

Пахтер Ірину Наумівну  
Максимюк Наталію Богданівну

*60 річчям*

Іваніва Юрія Андрійовича

*65 річчям*

Бобровника Анаіолія Давидовича

**Бажаємо міцного здоров'я**

## Хроніка вересня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ.

**2 вересня – 65 років** від дня народження **Романа Бабовала**, бельгійського лікаря-радіолога українського походження. Народився в Льежі в сім'ї робітника. Середню освіту отримав у 1968 р. у Малій папській українській семінарії (Рим). У 1968-1975 рр. навчався в Лувенському католицькому університеті (Бельгія), де вивчав медицину. Опісля спеціалізація з онкології та радіотерапії (3 роки) і спеціалізація з ядерної медицини (2 роки) у цьому ж університеті. Отримав посаду головного лікаря і завідувача відділів радіотерапії, онкології і ядерної медицини в 3-х лікарнях м. Шарлеруа. Був професором ядерної медицини при університеті м. Шарлеруа. Захоплюється літературною діяльністю. Від 1967 р. пише поезії українською і французькою мовами, перекладає і публікує літературні твори. Від 1989 р. – член Українського ПЕН-клубу у Києві. від 1992 р. – член Спілки письменників України.

**4 вересня – 90 років** від дня народження **Степана Дудяка**, радіолога. Народився в с. Савесівці (нині Тернопільська область). Середню освіту здобув у гімназії ім. М. Шашкевича в Чорткові, де в 1943 р. отримав атестат зрілості. Вивчати медицину розпочав у 1943 р. у Львові (природничо-фахові курси), а закінчив у 1950 р. в Мюнхенському університеті і отримав диплом доктора медицини. Емігрував у США, спеціалізувався з радіології та ядерної медицини в Стейт-Вейн медичній школі. Опісля працював у відділі радіології госпіталю і Медичному центрі св. Марії в Медісоні, де упродовж 32 років був на різних посадах: керівником радіологічного відділу, керівником 400 госпітальних лікарів, асоційованим професором радіології Вісконсінського університету. Автор низки наукових праць. Засновник і директор “Медичної клініки на колесах” в Україні. Усі родина Дудяків є щедрим жертводавцем на українські культурні і громадські заходи.

**7 вересня – 180 років** від дня народження **Григорія Миколайовича Мінха**. Народився в с. Грязі (нині Ліпецької області). У 1861 р. закінчив Московський університет. У 1861-1872 рр. працював лікарем в Москві, а в 1872-1876 рр. – завідувачем відділення Одеської міської лікарні, у 1876-1896 рр. – професор Київського університету, завідувач кафедри патологічної анатомії. Основний напрямок досліджень – патологічна анатомія, епідеміологія, бактеріологія. У 1868 р. встановив, що кишкова і легенева форми сибірської виразки мають єдине походження. У 1874 р. ввів собі кров хворого на поворотний тиф і тяжко захворів, але у такий спосіб уперше довів загрозливість крові хворих та передачу хвороби кровососними комахами. Г.М. Мінх досліджував проказу в Україні, Єгипті, Палестині. Написав книги “Проказа на півдні Росії” та “Чума в Росії”, які стали класикою для інфекціоністів. Багато працював над вивченням чуми. Дав класичний опис легеневої і бубонної чуми, визначив її інкубаційний період і шляхи поширення. Був головою товариства Київських лікарів (1882-1886). Помер вчений 23 грудня 1896 р. на 61 році життя.

**7 вересня – 140 років** від дня народження **Сергія Михайловича Щастного**, мікробіолога і епідеміолога. Народився в Петербурзі. У 1899 р. закінчив Київський університет. У 1901-1919 рр. працював у Новоросійському університеті в Одесі (від 1919 р. – професор бактеріології). Брав участь у боротьбі з епідемією чуми в Одесі (1910-1911). В 1919-1928 рр. керував Санітарним бактеріологічним інститутом в Одесі. В 1928-1931 рр. працював у Кримському інституту епідеміології і мікробіології в Сімферополі; в 1931-1934 рр. – завідувач кафедри мікробіології Кримського медичного інституту в Сімферополі. Наукові роботи присвячені проблемам імунітету, анафілаксії та епідеміології чуми та холери. Розпрацював заходи профілактики туберкульозу і ботулізму, запропонував профілактичні щеплення проти холери та сказу. Автор підручника “Бактериология при инфекционных болезнях” (1912). Помер 13 березня 1943 р. на 68 році життя.

**12 вересня – 75 років** від дня народження **Валерія Петровича Неспрядька**, стоматолога. У 1967 р. з відзнакою закінчив стоматологічний факультет Київського медичного інституту. У 1969 р. закінчив клінічну ординатуру, а в 1971 р. – аспірантуру кафедри ортопедичної стоматології. Від 1975 р. – асистент, а з 1984 р. – доцент кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології та ортодонтії КМІ. У 1985 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Патогенез, клініка і лікування зубів, що непрорізаються”, був переведений на посаду доцента кафедри ортопедичної стоматології і призначений в.о. завідувача кафедри ортопедичної стоматології. У 1986 р. обраний завідувачем цієї ж кафедри. У 1988-1998 рр. – професор В.П. Неспрядько виконував обов’язки Головного стоматолога МОЗ України. У 1999 р. йому було присвоєно звання “Заслужений діяч науки і техніки України”.

Професор В.П. Неспрядько багато зробив в галузі стоматологічного матеріалознавства та розробки повних зразків обладнання для зуботехнічних лабораторій. Виконаний цикл робіт із створення стоматологічних сплавів металів, штучних зубів підвищеної твердості на композитній основі керамічних мас, зразків обладнання для зуботехнічних ливарень та лабораторій із металокераміки. Він є автором понад 420 наукових праць, в т.ч. підручників, посібників та монографій, автор 35 винаходів та патентів. Підготував 8 докторів та 23 кандидати медичних наук.

**15 вересня – 85 років** від дня народження **Світлани Кузьмівни Ткаченко**, педіатра. У 1954 р. закінчила педіатричний факультет Одеського медичного інституту. У 1954-1957 рр. працювала аспірантом кафедри госпітальної педіатрії цього ж інституту; у 1957-1959 рр. – асистент кафедри патологічної фізіології Івано-Франківського медичного інституту, за сумісництвом неонатолог пологового будинку м. Івано-Франківська; у 1959-1970 рр. – асистент кафедри педіатрії Івано-Франківського медичного інституту. У 1963 р. захистила кандидатську дисертацію на тему: “О некоторых структурно-биохимических нарушениях при острых очаговых неспецифических пневмониях у детей раннего возраста”. У 1970-1973 рр. працювала доцентом кафедри педіатрії Івано-Франківського медичного інституту. У 1972 р. захистила докторську дисертацію на тему: “Некоторые показатели обмена микроэлементов и активность металлосодержащих ферментов у недоношенных детей”. У 1973-1975 рр. працювала радником МОЗ Монгольської Народної Республіки. У 1975-1976 рр. працювала професором кафедри педіатрії Івано-Франківського медичного інституту. У 1976-1977 рр. – завідувач кафедри педіатрії Полтавського медичного стоматологічного інституту. У 1977-1999 рр. – завідувач кафедри факультетської і шпитальної педіатрії Львівського медичного університету. Від 1999 р. – професор цієї ж кафедри. С.К. Ткаченко є автором понад 250 наукових і навчально-методичних робіт, в т.ч. 8 монографій, авторського свідоцтва на винахід, підручника. Підготувала 18 кандидатів і 3 докторів наук.

**15 вересня – 60 років** від дня народження **Тетяни Вікторівни Починок**, педіатра. У 1978 р. закінчила з відзнакою педіатричний факультет Київського медичного інституту імені О.О. Богомольця. Закінчила клінічну ординатуру при Київському НДІ педіатрії, акушерства та гінекології (1978-1981). Від 1981 р. – аспірант відділення гастроентерології Київського НДІ педіатрії, акушерства та гінекології. У 1984 р. захистила кандидатську дисертацію на тему: “Вплив комплексної терапії з включенням унітіолу на перекисне окиснення ліпідів у дітей з хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи”. Упродовж 1984-1988 рр. займала посаду молодшого наукового співробітника у відділенні “Профілактика та терапія преморбідних станів у дітей” Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. У 1988-2000 рр. працювала старшим науковим співробітником відділення “Диференціальної діагностики та терапії, захворювань внутрішніх органів у дітей” ІПАГ АМН України. У 2000-2002 рр. займала посаду провідного наукового співробітника у відділенні “Захворювань сполучної тканини у дітей” ІПАГ АМН України. У 2002-січень 2003 рр. – головний науковий співробітник того ж відділення. У 2001 р. захистила дисертацію на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук на тему: “Патогенетичні механізми порушень імунітету у дітей, що страждають на повторні гострі респіраторні вірусні інфекції, та диференційовані підходи до їх корекції”. З 25

грудня 2002 р. працює на посаді професора кафедри педіатрії №1. Вчене звання “професор” присвоєно 3 липня 2008 р. Наукові інтереси – захворювання гепатобіліарної системи у дітей, особливості кальцій-фосфорного та Д-вітамінного обмінів при окремих видах соматичної патології у дітей. Професор Т.В. Починок є автором понад 230 наукових праць, в т.ч. монографії, 2 посібників, 6 патентів, авторського свідоцтва на винахід, методичних рекомендацій, інформаційних листів, співавтор підручника.

**16 вересня – 110 років** від дня народження **Іллі Михайловича Полякова**, біолога. Народився в Харкові. Закінчив Харківський інститут народної освіти в 1926 р. Був викладачем Комуністичного університету в Харкові у 1925-1934 рр. В 1932-1941 рр. та в 1944-1948 рр. вчений працював завідувачем кафедри Харківського університету, в 1941-1944 рр. – професор Томського університету; в 1947-1956 рр. працював в Інституті генетики і селекції АН УРСР (в 1956-1963 рр. – зам. директора і завідувач лабораторії розвитку і запліднення рослин, а в 1963-1974 рр. – директор). Від 1948 р. був членом-кореспондентом АН УРСР. Наукові роботи присвячені експериментальній ботаніці, теоретичним проблемам біології. Виявив низку закономірностей запліднення квіткових рослин, дослідив цитологічні та фізіологічні причини вибірковості і множинного ефекту запліднення. В галузі історії науки займався розробкою проблем еволюційної теорії, класифікації адаптацій, мімікрій, направленості еволюції, аналізом праць видатних біологів: Ч. Дарвіна, Ж.Б.П.А. Ламарка, І.І. Мечнікова, А.Т. Болотова. Був автором першого в СРСР підручника “Курс дарвинизма” (1940), низки курсів “Общей биологии” (1935-1936). Один з авторів і редакторів “Истории биологии” (1972, 1975). Помер вчений 4 листопада 1976 р. на 72 році життя.

**17 вересня – 80 років** від дня народження **Ярослава Петровича Базилевича**, організатора охорони здоров'я. У 1958 р. закінчив медичний факультет Львівського медичного інституту. У 1958-1963 рр. працював офтальмологом Червоноградського вугільного комбінату; у 1962-1965 рр. – інспектор Червоноградського міськздороввідділу; в 1965-1969 рр. – заступник головного лікаря Нестерівської ЦРЛ Львівського області; в 1969-1972 рр. – аспірант кафедри соціальної гігієни; в 1972-1979 рр. – асистент кафедри соціальної гігієни; в 1979-1988 рр. – доцент цієї кафедри; у 1988-2000 рр. – завідувач кафедри управління охорони здоров'я ФПДО Львівського медичного університету. Наукові дослідження пов'язані з проблемою підготовки концепції сімейного лікаря, медичної сестри, менеджера сімейної медицини, функціонування державної охорони здоров'я в умовах переходу до ринку, організація роботи відділень профілактики та позалікарняних форм медичного забезпечення. Був автором близько 120 наукових та навчально-методичних праць, володар бронзової медалі ВДНГ СРСР (1978). Підготував 1 кандидата наук. Помер 27 червня 2000 р. на 65 році життя.

**20 вересня – 120 років** від дня народження **Дмитра Костянтиновича Зерова**, ботаніка. Народився в с. Зінково (нині Полтавської області). У 1922 р. закінчив Київський університет. У 1931-1971 рр. працював в Інституті ботаніки АН УРСР (в 1931-1946 рр. – завідувачем відділу бріології, в 1946-1963 рр. – директором, а в 1963-1971 рр. – завідувачем відділу історії флори і палеоботаніки). Одночасно в 1933-1957 рр. був завідувачем кафедри нижчих рослин Київського університету. Наукові роботи відносяться до систематики, флористики, філогенії спорових рослин, болотоведення, ботанічної географії, палеоботаніки, історії рослинності. Брав участь в експедиціях на Урал, Алтай, Приморський край, Кавказ, Карпати, Крим. Вивчав флору боліт, розробив стратиграфію і класифікацію боліт. Вивчав історію рослинності УРСР. У 1950-1952 рр. запропонував схему поділу голоцену на ранній, середній і пізній періоди. Йому належить дослідження з філогенії рослинного світу. Був головним редактором томів 6, 9-12 в 12-томному виданні “Флора УССР” (т. 1-12, 1936-1965).

В 1948 р. був обраний академіком АН УРСР, в 1952-1971 рр. – голова Українського ботанічного товариства, почесний член Всесоюзного ботанічного товариства (від 1968), Болгарського ботанічного товариства (від 1969). Помер 21 грудня 1971 р. на 77 році життя.

**20 вересня – 100 років** від дня народження **Івана Микитовича Гладенка**, ветеринарного фармаколога. Народився в с. Аннівці (нині Сумської області). У 1938 р. закінчив

Харківський ветеринарний інститут. У 1941-1944 рр. працював у Узбекистані. Від 1944 р. працював в Українському науково-дослідному інституті експериментальної ветеринарії (в 1945-1947 рр. – завідувач лабораторії ветеринарного захисту і завідувач відділу фармакології та токсикології, від 1957 р. – директор). В 1968 р. йому присвоєно вчене звання професора. Від 1975 р. обраний академіком ВАСГНІЛ. Основні наукові роботи присвячені ветеринарній токсикології, хіміотерапії паразитарних та інфекційних хвороб сільськогосподарських тварин. Обґрунтував можливість застосування лікувальних аерозолей при хворобах тварин. Помер 27 вересня 1991 р., проживши 76 років.

**20 вересня – 80 років** від дня народження **Джона Васильовича Дудка**, стоматолога. Народився в м. Фастів Київської області. У 1966 р. закінчив стоматологічний факультет Київського медичного інституту. Працював лікарем-стоматологом. Від 1973 р. – директор Київського медичного училища №2; від 1975 р. – начальник управління кадрів МОЗ УРСР; від 1978 р. – в Українському медичному університеті. У 1979-1984 рр. відповідав за лікувальну роботу щелепно-лицевого відділення Київської дитячої спеціалізованої клінічної лікарні №14, для якого здобув статус Республіканського центру з надання допомоги дітям з вродженими та набутими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. У 1988 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Лечение гемангиом челюстно-лицевой области у детей (клинико-морфологическое исследование)”. Від 1989 р. – завідувач кафедри хірургічної стоматології і декан стоматологічного факультету. У 1990 р. – професор. Автор близько 40 наукових праць, присвячених питанням відновної хірургії щелепно-лицевої ділянки. Помер 15 листопада 1993 р. на 59 році життя.

**24 вересня – 65 років** від дня народження **Сергія Петровича Пасечнікова**, уролога. Народився в м. Вільнюсі. У 1973 р. закінчив Київський медичний інститут. У 1978 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Функціональний стан нижніх сечових шляхів у хворих на аденому передміхурової залози”. У 1990 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Термографічна діагностика урологічних захворювань”. Активний учасник створення першої в Україні лабораторії термодіагностики. С.П. Пасечніков керує лікувальною роботою Київського міського урологічного центру. Вчений виховав школу урологів, підготував 13 кандидатів та докторів наук. Проявив себе талановитим організатором урологічної допомоги на посаді головного позаштатного спеціаліста МОЗ України (1993-2005; 2007-2011). С.П. Пасечніков є автором понад 380 наукових праць, в т.ч. 9 монографій, 18 винаходів. Нагороджений Почесною грамотою Президії АМН України (2005) та Почесною грамотою МОЗ України (2010), Почесною грамотою Київського мера (2003). Вчений входить до складу редакційної ради низки фахових журналів України, член правління Асоціації урологів України.

**30 вересня – 125 років** від дня народження **Михайла Мефодійовича Кузнеця**, дерматолога. Народився в с. Горенка Києво-Святошинського району Київської області в незаможній родині. У 1919 р. Михайло закінчив Пуща-Водицьку гімназію і працював на лісозаготівлі, допомагаючи матері прогодувати сім'ю. У 1922 р. вступив до Київського медичного інституту. На 5 курсі медінституту написав першу наукову роботу “Сучасне лікування сифілісу”, а після закінчення медінституту у 1927 р. залишився працювати спочатку ординатором, а потім – аспірантом при кафедрі дерматовенерології. Опублікував наукові роботи в журналах. У 1931 р. М.М. Кузнеця обрано на посаду асистента, а у 1935 р. після затвердження його у ступені кандидата медичних наук на посаду доцента. У 1937 р. завершив і захистив докторську дисертацію на тему: “Гістологічні ознаки старіння шкіри”. У 1938 р. М.М. Кузнеця мобілізовано до лав Червоної Армії: він працював в м. Хабаровську, в Ленінграді, в Куйбишеві. З січня 1942 р. перебував на фронті. У грудні 1945 р. демобілізувався. За конкурсом його було обрано на посаду завідувача кафедри шкірних та венеричних хвороб Башкирського медичного інституту, де він працював до липня 1953 р. одночасно керував Республіканським науково-дослідним шкірно-венерологічним інститутом. У 1953 р. переїхав до Києва, де в Інституті удосконалення лікарів очолював кафедру шкірних та венеричних хвороб, а в 1954 р. за конкурсом перейшов на посаду завідувача одноіменної кафедри Київського медичного

Інституту ім. О.О. Богомольця. М.М. Кузнець був автором понад 70 наукових праць, присвячених різним питанням дерматовенерології; був головою Українського відділення Всесоюзного дерматовенерологічного товариства, головою Київського обласного та міського дерматовенерологічного товариства, головним венерологом МОЗ УРСР, членом Вченої ради МОЗ УРСР, секретарем Вченої ради Київського медичного інституту. Нелегке дитинство, тяжкі воєнні роки, напружена наукова робота підірвали здоров'я вченого і 30 січня 1959 р. він помер на 69 році життя.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діяспори та їх діяльність для рідного краю: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Бабовал Роман]. – С. 22-23.
2. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діяспори та їх діяльність для рідного краю: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Дудяк Степан]. – С. 110-111.
3. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Минх Григорий Николаевич]. – С. 420.
4. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Щастный Сергей Михайлович]. – С. 718-719.
5. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Неспрядько Валерій Петрович]. – С. 176.
6. Добрянський Д. Ткаченко Світлана Кузьмівна / Д.Добрянський // 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. 321.
7. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Починок Тетяна Вікторівна]. – С. 200.
8. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Поляков Илья Михайлович]. – С. 504.
9. Рудень С. Базилевич Ярослав Петрович / С. Рудень // 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. 10.
10. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Зеров Дмитрий Константинович]. – С. 263-264.
11. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Гладенко Иван Николаевич]. – С. 179.
12. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Дудко Джон Васильович]. – С. 82.
13. 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: [Пасечніков Сергій Петрович]. – С. 188-189.
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: [Кузнець Михайло Мефодійович]. – С. 127.

**ОЛЕКСАНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ ПАЛЛАДІН**

**До 130-річчя від дня народження**



Олександр Володимирович Палладін народився 10 вересня 1885 р. в Москві в сім'ї відомого вченого ботаніка, біохіміка і фізіолога рослин, академіка Петербурзької АН Володимира Івановича Палладіна (1859-1922).

У 1908 р. Олександр Володимирович закінчив Петербурзький університет. Стажувався в Німеччині в 1909 р. у директора фізіологічного інституту Гейдельберзького університету Альбрехта Косселя (1853-1927), німецького фізіолога і біохіміка, лауреата Нобелівської премії з фізіології та медицини (1910), в лабораторіях університетів Тюбінгена і Гессена. У 1908-1916 рр. працював на кафедрі фізіології Жіночого медичного інституту. У 1914-1916 рр. працював на Вищих жіночих сільськогосподарських курсах в Петрограді. У 1916-1923 рр. він був професором Новоолександрівського (від 1921 – Харківського) інституту сільського господарства і лісництва, а в 1921-1931 рр. – завідувачем кафедри фізіологічної хімії Харківського медичного інституту. У 1925 р. О.В. Палладін організував Український науково-дослідний біохімічний інститут в Харкові і був його директором до 1969 р. Одночасно в 1934-1954 рр. він був завідувачем кафедри біохімії Київського університету.

Основні роботи присвячені біохімії тваринного організму. Упродовж багатьох років займався біохімією креатину. У 1916 р. встановив роль аргініну в утворенні креатину, виявив умови, що впливають на обмін креатину та креатиніну, визначив функціональну роль креатину в організмі. Вивчив особливості обміну речовин у м'язах під час роботи, тренування та відпочинку, що стало біологічною основою теорії фізичної культури та розвитку фізіології праці та спорту. У 1919 р. першим в СРСР почав біохімічне дослідження вітамінів і розладів обміну речовин при авітамінозах. Знайшов зв'язок між порушеннями обміну речовин і дефіцитом вітамінів при експериментальному скорбуті і поліневриті. У 1943 р. синтезував водорозчинний аналог вітаміну К-вікасол, що має широке застосування в медичній практиці. Вважається засновником функціональної нейрохімії.

Ще у 1922 р. першим зі своїми учнями почав систематичне вивчення біохімії нервової системи на клітинному, субклітинному та суборганічному рівні. Встановив закономірності біохімічної топографії нервової тканини, її філогенезу та онтогенезу, показав особливості обміну речовин за різних функціональних і патологічних станів організму, а також при дії на нього різних факторів середовища.

Показав відмінність хімічного складу і біохімічних характеристик морфологічно і функціонально різних частин центральної та периферичної нервової системи, особливості обміну білків, вуглеводів, медіаторів у нервовій тканині при збудженні та гальмуванні. встановив закономірності внутрішньоклітинної локалізації та вікових змін активності протеолітичних ферментних систем, з'ясував молекулярні механізми транспортування іонів через клітинні мембрани.

О.В. Палладін був одним із засновників Міжнародного нейрохімічного товариства, засновником і головою Українського товариства фізіологів, біохіміків і фармакологів (1928-1959), Українського біохімічного товариства (1954-1972), президентом Всесоюзного біохімічного товариства (1964-1969). Він був засновником журналу "Наукові записки Українського біохімічного інституту" (1926) і співзасновником міжнародних журналів "The



Journal of Neurosciense”, “The International Journal of Neurosciense”. Написав “Підручник фізіологічної хімії” (1924), що упродовж 30 років витримав 25 видань 9 мовами. Підготував понад 150 докторів і кандидатів наук. Опублікував близько 400 наукових робіт, в т.ч. 9 наукових посібників, 4 монографії, 4 підручники.

Був членом ВУЦВК (1928), депутатом Верховної Ради СРСР та УРСР 2-5 скликань, делегатом XIX-XXII з’їздів КПРС і XVI-XXII з’їздів КПУ, обирався членом ЦК КПУ. Був учасником установчих зборів ООН (1945) і всесвітніх конгресів прихильників миру (1949, 1950). Наукова і громадська діяльність О.В. Палладіна була відзначена премією ім. В.І. Леніна (1929), званням заслуженого діяча науки УРСР (1935), обранням в АН УРСР (1942), в АН СРСР (1942), в АМН СРСР (1944), обранням Президентом АН УРСР (1946-1962), Почесним академіком АН БРСР (1947), присвоєнням звання Героя Соціалістичної Праці (1955). Нагороджений орденами і медалями СРСР. Був обраний почесним членом Угорської АН (1953), членом Польської АН (1954), Румунської АН (1957), Болгарської АН (1958).

Помер вчений 6 грудня 1972 р. на 88 році життя.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Палладин Александр Владимирович]. – С. 481-482.
2. Визначні імена у світовій медицині / за ред. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Палладін Олександр Володимирович]. – С. 230, 250.
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.: [Палладин Александр Владимирович]. – С. 334.
4. Ганіткевич Я. Українські лікарі-вчені першої половини ХХ століття та їхні наукові школи: біографічні нариси та бібліографія / Я. Ганіткевич. – Львів: НТШ, 2002. – 544 с. – Зі змісту: [Палладін Олександр Володимирович]. – С. 32, 33, 105, 170, 173, 357, 468, 507.
5. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів: НТШ, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Палладін Олександр Володимирович, Палладін Олександр, Палладін О.]. – С. 73, 90, 99, 102, 103, 105, 108, 109, 116, 119, 130, 137, 146, 157, 256.
6. Гулый М.Ф. Палладин Александр Владимирович / М.Ф. Гулый // БМЭ в 30 т. / гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1982. – Т.18: Остеопатия-Переломы. – С. 236.
7. Палладин Александр Владимирович // БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1975. – Т.19: Отоми-Пластырь. – С. 121.
8. Палладін Олександр // Енциклопедія українознавства в 11 т. / гол. ред. В. Кубійович. – Львів: НТШ, 1996. – Т.5: Місто-“Перемышлянинь”. – Стб 1928.
9. Полякова Н.М. Палладін Олександр Володимирович / Н.М. Полякова // УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1982. – Т.8: Олефіни-Поплін. – С. 144.
10. Фердман Д. Палладин Александр Владимирович / Д. Фердман // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1961. – Т.22: Органотерапия-Панкреатин. – Стб. 1052-1053.

## **СЕРГІЙ АНДРІЙОВИЧ АНДРОНАТІ**

**До 75-річчя від дня народження**



Сергій Андрійович Андронаті народився 19 вересня 1940 р. в сім'ї військовослужбовця Андрія Олександровича (1905-1943), який загинув на фронті, та лікаря-педіатра Гофман Енні Оттівни (1910-1993). Через німецьке походження матері родина була вислана в Казахстан до м. Гур'єва, де і навчався Сергій. Закінчив СШ у 1958 р. Через деякий час родина повернулася в Одесу і Сергій влаштувався токарем на автобазі Чорноморського пароплавства. У 1959 р. Сергій Андрійович вступив на хімічний факультет Одеського університету ім. І. Мечнікова і у 1964 р. закінчив навчання з відзнакою. Упродовж року проходив службу в армії. З лютого 1966 р. по квітень 1972 р. С.А. Андронаті пройшов шлях від інженера, аспіранта (1970-1972), старшого інженера, старшого викладача, заступника декана хімічного факультету Одеського державного університету (1968-1972). Керівником його наукової роботи, як і кафедри та факультету, був Олексій Всеволодович Богатський (1929-1983) – відомий вчений та педагог. Під його керівництвом в березні 1970 р. С.А. Андронаті успішно захистив кандидатську дисертацію. З квітня 1972 р. по березень 1974 р. Сергій Андрійович працював старшим науковим співробітником відділу азотистих гетероциклів Інституту органічної хімії АН УРСР. З березня 1974 р. по липень 1977 р. – старшим науковим співробітником, завідувачем відділу Інституту загальної і неорганічної хімії АН УРСР. У 1977 р. О.В. Богатський перетворив цю структуру на Фізико-хімічний інститут АН УРСР. У 1976 р. С.А. Андронаті захистив докторську дисертацію і в 1978 р. став заступником директора ФХІ з наукової роботи. У 1982 р. Сергія Андрійовича було обрано членом-кореспондентом АН УРСР, а після смерті О.В. Богатського в 1983 р. він очолив інститут; у 1984 р. отримав вчене звання професора і був призначений головою Південного наукового центру АН УРСР і обраний членом Президії АН УРСР. У цьому інституті він очолив відділ медичної хімії. У 1988 р. став дійсним членом АН УРСР. Наукові роботи вченого пов'язані з розробкою оригінальних методів синтезу різноманітних біологічно активних гетероциклічних і карбоциклічних сполук, біорегуляторних пептидів, псевдопептидів, пептидоміметиків. Вивчав хімічні властивості отриманих сполук, їх фізіологічну активність, біотрансформацію в організмі тварин, молекулярні механізми дії; створив теоретичні основи спрямованого синтезу низки психофармакологічних, антигіпоксичних, серцево-судинних, антитромботичних, протівірусних, інтерфероніндукуючих засобів. Співавтор синтезу першого вітчизняного снодійного і протисудомного засобу “Феназепам”, препарату денної дії “Тідазепам”, першого орального індукатора інтерферону і протівірусного засобу “Аміксин”, сприяв організації промислового виробництва препаратів в Україні, використання в медицині, експорту в країни СНД.

С.А. Андронаті є автором (співавтором) 5 монографій, понад 520 наукових статей, 120 патентів і авторських свідоцтв на винаходи. Підготував 3 докторів і 31 кандидата наук.

С.А. Андронаті з 1998 р. – завідувач кафедри фармацевтичної хімії Одеського державного університету ім. І.І. Мечнікова і науковий керівник науково-виробничого комплексу НАН і МОН України; член правління Українського хімічного товариства ім. Д.І. Менделєєва і Міжнародного товариства з гетероциклическої хімії, член комітету з Державних премій України в галузі науки і техніки, наукових рад відділення хімії НАН України з проблем “Органічна хімія”, “Хімічна екологія”, Української федерації вчених. Голова координаційної ради відділення хімії НАН України з проблеми “Наукові основи створення лікарських препаратів”. Член редакційної колегії низки фахових журналів.

Наукова діяльність С.А. Андронаті відзначена низкою нагород, звань. У 1980 р. він став лауреатом Державної премії СРСР, у 1990 р. став заслуженим діячем науки і техніки УРСР; у 1991 р. – лауреатом Державної премії України в галузі науки і техніки. У 1998 р. – премії Президентів АН України, Білорусі, Молдови.

Вчений є почесним членом АН Молдови, почесним професором Одеського національного університету ім. І.І. Мечнікова МОН України (2010). Нагороджений орденами СРСР та України.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Андронаті Сергей Андреевич // Украинская Советская энциклопедия. - Киев, 1985. – Т.12: Функционализм- Ящур. – доп. С-595.
2. Недоступ В.І. Сергій Андрійович Андронаті. Біографічна довідка / В.І. Недоступ // Вчені Одеси: біобіогр. покажч. – 1998. – С. 3-6.
3. Хто є хто в Україні / уклад. та ред. Ю.Марченко, О. Телемко. – К.: К.І.С, 2006. – 1136 с. – Зі змісту: [Андронаті Сергій Андрійович]. – С. 21.
4. Шабанов Є.В. Андронаті Сергій Андрійович / Є.В. Шабанов // ЕСУ. – Київ, 2001. – Т.1. – С. 502.
5. 60-річчя академіка НАН України С.А. Андронаті // Вісник НАН України. – 2000. – №9.

## БОРИС ІВАНОВИЧ БАЛІНСЬКИЙ

До 110-річчя від дня народження



Борис Іванович Балінський народився 23 вересня 1905 р. в Києві в родині дрібних шляхтичів. Батько Іван, викладач історії, народився в с. Рачки біля Немирова і був асимільованим українізованим представником Балінських – православних та україномовних. Мати, Єлизавета Радзимовська походила з роду священиків Радзимовських, працювала вчителькою біології. Батьки запросили для своїх дітей англійських гувернанток, які навчили їх англійської мови, літератури, поезії, історії, музики. Влітку Борис жив у свого діда, священика Василя Васильовича Радзимовського в с. Северинівці. Контакт з природою, знайомство з пасікою, сільським господарством привернули увагу Бориса до зоології. У 1917 р. Борис поступив у школу, після закінчення якої в 1923 р. поступив на біологічний факультет Київського університету. Під керівництвом видатного зоолога і морфолога Івана Івановича Шмальгаузена (1884-1963) Борис Балінський зробив свою першу наукову доповідь на студентському семінарі. Так почалася наукова кар'єра в галузі ембріології. Невдовзі Борис Балінський зробив свій перший науковий експеримент: пересадив зародок вуха ембріону тритона та отримав індукцію розвитку кінцівки. У 1925 р. вийшла перша наукова стаття Бориса Балінського у німецькому журналі.

У 1926 р. Б. Балінський закінчив університет і вступив до аспірантури Біологічного інституту ім. Ф.З. Омельченка. Влітку 1927 р. І.І. Шмальгаузен відправив Б. Балінського дослідити процес дроблення у зародків асцидій на Мурманську біологічну станцію. У грудні 1927 р. Б. Балінський виступив із доповіддю на Конгресі зоологів, анатомів і гістологів СРСР у Ленінграді.

В травні 1930 р. Борис Іванович почав працювати в оргкомітеті IV Всесоюзного з'їзду зоологів, анатомів та гістологів, що відбувся у Києві. На цьому з'їзді виступали видатні вчені М.К. Кольцов (1872-1940), академік ВАСГНІЛ (від 1929), О.О. Любщев (1890-1972), ентомолог, Ю.О. Філіпченко (1882-1930), генетик. Від 1931 р. Борис Балінський почав викладати в Київському університеті. У 1933 р. він був вже професором ембріології університету і заступником директора Інституту біології АН УРСР. У 1934 р. в сім'ї Бориса і Катерини народився син, якого назвали Іваном на честь діда. Дружина Бориса працювала в Інституті біології та в університеті. 22 жовтня 1937 р. після доносів її заарештували, засудили і відправили в Каргопольський табір, де їй вдалося вижити, працюючи медсестрою.

Постраждав і Борис Іванович: його зняли з посади заступника директора, а потім звільнили з університету. Після апеляції у березні 1939 р. Катерина Балінська вийшла на волю. За допомогою президента АН УРСР О.О. Богомольця дружину відновили на її посаді в Інституті біології.

У 1940 р. роботу Б.І. Балінського за дослідження ентодерми зародку земноводних відзначили медаллю Ковалевського АН СРСР. У 1941 р. Б.І. Балінський був призначений професором Київського медичного інституту. В червні 1941 р. родина Балінських перебувала в Криму, на Карадазькій біостанції. Інформація про початок війни зламала всі плани. Поїзди з Криму до Києва не ходили, прийшлося їхати в Харків. У Харкові він влаштувався на роботу і довідався від знайомих, що в Києві перед відступом Червоної Армії були розстріляні

“неблагонадійні” за списками. Прийшлося ховатися від співробітників НКВС і дочекатися відступу Червоної Армії з Харкова. Вдалося повернутися до окупованого німцями Києва і влаштуватися на роботу в Інститут рибництва. 31 березня 1943 р. після нетривалої хвороби померла дружина Катерина.

Інститут рибництва евакуювали до Марбурга і Балінський на початку 1945 р. поїхав в Тюбінген, де влаштувався до університету. З часом прийшлося переїхати в Мюнхен, де Борис Іванович став професором гістології в тимчасовому університеті, заснованому ООН. У Мюнхені Борис Іванович познайомився з Елізабет Штенгель, з якою одружився у березні 1947 р. Тимчасовий університет закрили і прийшов час шукати роботу. Допоміг американський генетик Феодосій Добжанський, який давно працював у Києві і написав рекомендацію до шотландського вченого Конрада Воддінгтона, який працював в Інституті генетики тварин у Единбурзі. В жовтні 1947 р. Б.І. Балінський переїхав у Шотландію. Через 2 роки сім'я Балінських переїхала до Південно-Африканського Союзу, де Борис Іванович став викладачем кафедри зоології Вітватерсрандського університету в Йоганнесбургу. А вже в 1955 р. він очолив кафедру зоології і став начальником відділення біології. У 1956 р. Б.І. Балінський, будучи у відрядженні у США, познайомився з вченими, піонерами електронної мікроскопії в біології – Джорджем Паладе (1912 -2008) і Кімом Портером з Рокфеллерівського інституту. Після повернення в Йоганнесбург Б.І. Балінський поєднав дослідження в галузі біології з електронною мікроскопією і заснував товариство електронної мікроскопії Південної Африки і був його президентом (1962-1973).

У 1965-1967 рр. Б.І. Балінський був деканом факультету природничих наук. У 1973 р. вийшов на пенсію, але залишався почесним професором університету, а в 1984 р. дістав звання асоційованого співробітника Трансваальського музею. Борис Іванович Балінський був автором понад 140 наукових праць, з яких 22 написані українською мовою, інші – англійською, німецькою, російською. Вчений був членом Міжнародного інституту ембріології (1947), Королівського товариства Південної Африки, членом і головою Ентомологічного товариства Південної Африки (1966), головою Зоологічної секції Південноафриканської асоціації розвитку науки.

Б.І. Балінський мріяв відвідати Україну, але не встиг. Подарував Національному природничому музею України власну колекцію з 3000 метеликів.

Син Іван (Джон) Балінський (1934-1983) – південноафриканський і американський зоолог. У 1976-1983 рр. – завідувач кафедри зоології штату Айова. Донька Гелен Давид (1949 р.н.) проживає у ПАР.

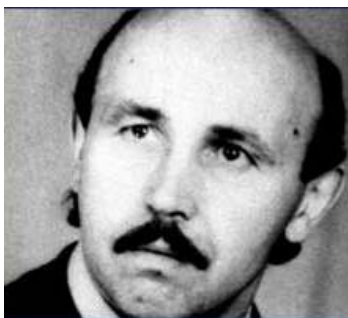
Борис Іванович Балінський помер 1 вересня 1997 р., проживши майже 92 роки.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Салига, Ю. Професор-ембріолог, який любив музику й астрономію / Дзеркало тижня, 2005. – № 41. 22-28 жовтня
2. Balinsky Boris (1988). Digital surrogate of Boris Balinsky Memoir (English). University of Illinois Archives.
3. Korzh, Vladimir (2005). Boris Balinsky: transition from embryology to developmental biology. BioEssays (English) 27. с. 970–977.
4. Шендеровський Василь. Африка, метелики і Київ / В. Шендеровський // Україна молода.– 2005. – № 170.

**МИХАЙЛО ФЕДОРОВИЧ ТИМОЧКО**

**До 80-річчя від дня народження**



Михайло Федорович Тимочко народився 25 вересня 1935 р. в с. Кропивник Долинського району Івано-Франківської області першою дитиною в багатодітній родині робітника. Після закінчення Кропивниківської семирічної школи у 1949-1951 рр. працював приймальником у Вигодському лісокомбінаті. У 1951 р. вступив у Вигодську середню школу, яку закінчив у 1954 р. До листопада 1954 р. працював лісорубом Вигодського ліспромгоспу. З листопада 1954 р. до листопада 1956 р. проходив військову службу. Після демобілізації працював інструктором Вигодського РК ЛКСМУ. У зв'язку з обранням депутатом Кропивниківської сільської ради, перейшов на роботу в сільську раду на посаду секретаря. У вересні 1957 р. поступив на біологічний факультет Львівського державного університету, який закінчив у 1962 р. Після закінчення університету працював лаборантом кафедри фізіології людини Львівського державного університету. З листопада 1963 р. по квітень 1977 р. працював молодшим науковим співробітником проблемної лабораторії радіаційної і фізико-хімічної біології ЛДУ. У 1971 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: "Влияние тотального рентгеновского облучения на некоторые показатели обмена фосфатидных фракций больших полушарий головного мозга кроликов". В грудні 1972 р. М.Ф. Тимочко отримав диплом кандидата біологічних наук. У квітні 1977 р. він був обраний старшим науковим співробітником, а в грудні 1980 р. обраний на посаду старшого наукового співробітника ЦНДЛ ЛДМІ. У 1986 р. М.Ф. Тимочко став асистентом кафедри біохімії з погодинною оплатою праці. В грудні 1987 р. за конкурсом обраний асистентом кафедри біохімії. У 1990 р. став лауреатом премії фонду Сороса. У 1990-1995 рр. Михайло Федорович працював на посаді доцента кафедри біохімії. У 1992 рр. він захистив докторську дисертацію на тему: "Метаболічні аспекти формування перехідних адаптаційно-компенсаторних процесів при експериментальній дії гіпоксії". В березні 1995 р. Вчена рада ЛДМІ присвоїла М.Ф. Тимочку вчене звання професора.

17 березня 1996 р. Українська академія медичних та біологічних наук присвоїла М.Ф. Тимочкові звання дійсного члена (академіка) Академії за спеціальністю "Біохімія".

Наукові дослідження М.Ф. Тимочка присвячені вивченню біохімічних та фізіологічних механізмів формування адаптаційно-компенсаторних процесів при дії різних екстремальних

чинників. Досліджував кисеньзалежні реакції та кисневий гомеостаз з вільнорадикальними та антиоксидантними реакціями. Вчений був одним із авторів відкриття феномену внутрішньоклітинної генерації ендogenousного кисню в організмі людини і тварин.

М.Ф. Тимочко був автором близько 450 наукових і навчально-методичних праць, в т.ч. монографії та 10 авторських свідоцтв на винаходи. Підготував 20 кандидатів і 3 докторів наук.

Вчений трагічно загинув під час відпочинку 27 липня 1998 р., проживши майже 63 роки.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Львівський державний медичний інститут / уклад.: І. Даценко, Л. Петрух, І. Головка [та ін.] / за ред. М. Павловського, І. Даценко, Л. Петрух. – Львів: Словник, 1994. – 338 с. – Зі змісту: [Тимочко Михайло]. – С. 29, 52, 91, 217.
2. Єлісеєва О. Тимочко Михайло Федорович / О. Єлісеєва, С. Гордій // 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. 274-275.
3. Єлісеєва О. Тимочко Михайло Федорович / О. Єлісеєва, С. Гордій // 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. 318.
4. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького – 230 / гол. редкол.: Б.С. Зіменковський. – Київ: Логос України, 2014. – 296 с. – Зі змісту: [М.Ф. Тимочко]. – С. 127.

**ЮРІЙ АНДРІЙОВИЧ ІВАНІВ**  
**До 60-річчя від дня народження**



Юрій Андрійович Іванів народився 25 вересня 1955 р. в с. Безброди Бузького району Львівської області в сім'ї робітника. У 1959 р. сім'я Іванівих переїхала до Львова. У 1972 р. закінчив СШ №87 і поступив на лікувальний факультет Львівського державного медичного інституту. В інституті працював у гуртках кафедр терапевтичного профілю, був членом правління СНТ ЛДМІ. В жовтні 1975 р. – вересні 1978 р. – лаборант кафедри факультетської терапії. У 1978 р. закінчив ЛДМІ з відзнакою. З вересня 1978 р. працював лікарем-інтерном 5 міської клінічної лікарні. З лютого 1979 р. працював молодшим науковим співробітником ЦНДЛ з постійним місцем роботи в рентгеноопераційній кафедрі торакальної хірургії та анестезіології ЛДМІ з циклу інтенсивної терапії. У 1982 р. перевівся на посаду асистента кафедри анестезіології і реаніматології ЛДМІ з циклу інтенсивної терапії. У 1983 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Коррекция гипоальфахолестеролемии у больных атеросклерозом”. У січні 1984 р. Ю.А. Іванів перевівся на кафедру хірургічних хвороб №3 по циклу функціональної діагностики. Удосконалювався в ІССХ ім. акад. А.М. Бакулева (Москва, 1984). На цій посаді він працював до грудня 1987 р. і за конкурсом був обраний асистентом кафедри внутрішніх хвороб (факультетської терапії). Пройшов стажування в університеті Баффало (США) у 1991 р.

У 1992 р. Ю.А. Іванів перевівся на посаду завідувача кафедри променевої діагностики ЛДМІ. Удосконалювався в кардіологічних клініках Віденського університету (1992). У 1993 р. отримав вчене звання доцента. У листопаді 1993 р. проходив удосконалення в Страсбурзькому університеті.

У квітні-червні 1994 р. та у травні 1996 р. удосконалювався в Університеті Томаса Джефферсона у Філадельфії. У 1998 р. вийшла у співавторстві монографія Ю.А. Іваніва: “Артеріальна гіпертензія: сучасні діагностичні та лікувальні підходи”. В цьому ж році у співавторстві з'явилася монографія “Трансторакальная эхокардиография: методика исследования и клиническая интерпретация”.

У 2006 р. Ю.А. Іванів захистив докторську дисертацію на тему: “Клапанна кардіоміопатія: ультразвукові методи у виявленні, оцінці прогнозу і виборі лікувальної тактики”.

Кафедра променевої діагностики проводить одночасно наукові дослідження в багатьох напрямках: ультразвукові методи в діагностиці, оцінці прогнозу при клапанній кардіоміопатії та вроджених і набутих вадах серця; вивчення діагностичної цінності сучасних радіологічних методів (КТ, МРТ) при невідкладних хірургічних станах; контроль ультразвукової візуалізації в хірургічній практиці при захворюваннях печінки і жовчних шляхів.

До здобутків керованої Ю.А. Іванівим кафедри слід віднести комплексне вивчення ультрасонографічних показників морфофункціональної перебудови міокарда при різних патологічних станах серцево-судинної системи, участь в Європейському проспективному



багатоцентровому дослідженні “Клапанні вади серця” (2002-2007), зроблений науковий переклад з англійської підручника “Ультрасонографія” (за ред. Б. Гольдберга, Х. Петерсона, 1998).

Ю.А. Іванів, Н.Д. Орищик є авторами 4 розділів у чотиритомному посібнику “Echokardiografia praktyczna” (Краків, 2005).

Організація і проведення Міжнародної школи-семінару “Практичні питання сучасної візуалізації в клініці” спільно з добродійною організацією “Друзі радіології в Україні” (США); співпраця з Люксембурзьким національним комітетом ЧХ і кардіохірургічною клінікою Страсбурзького університету в програмі “Діти України, хворі на серце”; з Фундацією “Український дар життя” і “Клінікою Монтефйоре” (США) з програмою “Життя в дарунок”.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Львівський державний медичний інститут / уклад.: І. Даценко, Л. Петрух, І. Головка [та ін.] / за ред. М. Павловського, І. Даценко, Л. Петрух. – Львів: Словник, 1994. – 338 с. – Зі змісту: [Юрій Іванів]. – С. 223, 224.
2. Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького: рік 2000 / за ред. Б.С. Зіменковського. – Львів: Наутілус, 2000. – Зі змісту: [Іванів Юрій Андрійович]. – С. 258-259
3. Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького: довідник 2004 / за ред. Б.С. Зіменковського. – Львів: Наутілус, 2004. – Зі змісту: [Іванів Юрій Андрійович]. – С. 334-336.
4. Дац І. Іванів Юрій Андрійович / І. Дац // 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. 113.
5. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького: довідник 2009 / ред. Б.С. Зіменковський. – Львів: Наутілус, 2009. – 412 с. – Зі змісту: [Іванів Юрій Андрійович]. – С. 337-338.
6. Дац І. Іванів Юрій Андрійович / І. Дац // 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. 130-131.
7. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького – 230 / гол. редкол.: Б.С. Зіменковський. – Київ: Логос України, 2014. – 296 с. – Зі змісту: [Іванів Юрій Андрійович]. – С. 183-184.

## ДМИТРО ЄВГЕНОВИЧ БАБЛЯК

До 85-річчя від дня народження



Дмитро Євгенович Бабляк народився 27 вересня 1930 р. в м. Кам'янець-Подільському в сім'ї агронома. Закінчив середню школу в 1949 р. Вибрав професію лікаря і поступив у Вінницький державний медичний інститут на лікувальний факультет. В інституті захопився хірургією, працював у студентських наукових гуртках, був інститутським спортсменом із легкої атлетики. За комсомольською путівкою поїхав у 1955 р. працювати в Казахстан. У 1955-1956 рр. – хірург Тургайської районної лікарні і одночасно завідувач райздороввідділом Тургайського району. В 1956-1959 рр. – хірург-ординатор Кустанайської обласної лікарні. У 1959 р. повернувся в Хмельницьку область і почав працювати завідувачем онкодиспансерним відділенням Дунаєвецької райлікарні. Проходив спеціалізацію в хірургічних центрах Москви та Києва. На кафедрі торакальної хірургії Київського інституту удосконалення лікарів на хірургічну майстерність Д.Є.Бабляка звернули увагу і запропонували подальше навчання. У 1961 р. Дмитро Євгенович поступив в аспірантуру і почав працювати над проблемою хірургічного лікування набутих вад серця. Після закінчення аспірантури в 1964 р. працював асистентом кафедри торакальної хірургії Київського інституту удосконалення лікарів, жив у гуртожитку. В цей час ректором Львівського медичного інституту став професор Михайло Васильович Даниленко, який планував відкрити кафедру торакальної хірургії та анестезіології в ЛДМІ, звернувся до завідувача кафедри торакальної хірургії професора Миколи Михайловича Амосова з проханням допомогти кадрами. М.М. Амосов запропонував кандидатуру Д.Є. Бабляка і дав чудову характеристику Дмитру Євгеновичу: *“Он всё (!) оперирует: легкие, сердце, желудок. Очень много участвовал в операциях с АИК – начинал и заканчивал. Оперировал бы всё, если бы давали... Но по рангу не полагалось. И человек он хороший”*.

Ректор ЛДМІ проф. М.В. Даниленко запросив Д.Є. Бабляка на посаду асистента кафедри торакальної хірургії та анестезіології з перспективою подальшого професійного зростання. Дмитро Євгенович Бабляк приступив до роботи на кафедрі з 20 березня 1965 р. З цієї дати почалося служіння Дмитра Євгеновича галицькій громаді, яке тривало повних 40 років. Саме в ті дні одному із авторів статті, тоді курсанту першої групи спеціалізації з анестезіології, вдалося познайомитися з Дмитром Євгеновичем. Це знайомство з часом переросло в дружні стосунки зі всією родиною Бабляків і тривало до 3 березня 2008 р., до самого відходу Дмитра Євгеновича у Вічність.

У 1966 р. Д.Є. Бабляк захистив кандидатську дисертацію на тему: *“Чрезжелудочковая митральная комиссуротомия”*. На плечі Д.Є. Бабляк лягла організація всієї лікувальної роботи на кафедрі. Наказом по ЛДМІ від 02.06.1966 р. Д.Є. Бабляк став виконувачем обов'язків доцента кафедри торакальної хірургії і анестезіології. Рішенням ВАК від 11.09.1968 р. Д.Є. Бабляк затверджений в науковому званні доцента по кафедрі. Далі почався найважчий етап в діяльності Д.Є. Бабляка: спроба рятувати новонароджених з атрезією стравоходу. Постали питання організації колективу: педіатра, “дитячого” анестезіолога, рентгенолога для вирішення цієї проблеми. Поступово організаційні моменти були вирішені. Вже у 1969 р. Д.Є. Бабляк зробив першу доповідь по цій темі на І з'їзді анестезіологів УРСР у Львові. Паралельно тривала робота по узагальненню досвіду хірургічного лікування мітрального стенозу.

У 1970 р. Д.Є. Бабляк разом з проф. М.В. Даниленком опублікував монографію *“Хирургическое лечение митрального стеноза”*, яка у 1972 р. була відзначена МОЗ СРСР Дипломом II ст. за кращу медичну книгу. У 1974 р. Д.Є. Бабляк захистив докторську дисертацію на тему: *“Хирургическое лечение врожденной атрезии пищевода”*. Рішенням ВАК

від 16.06.1978 р. Д.Є. Бабляку привоєно вчене звання професора по кафедрі “торакальна хірургія”.

У 1987-1993 рр. проф. Д.Є. Бабляк за наказом МОЗ УРСР працював керівником Львівського міжобласного центру серцево-судинної хірургії. Результати діяльності цього центру отримали високу оцінку. В цей час вчений опублікував багато наукових статей, брав участь в роботі спеціалізованих Вчених рад (Львів, Київ), виступав на різних Міжнародних конференціях, з'їздах хірургів: Угорщина (1977), Польща (1978), познайомився з роботою американських кардіохірургів (1991). за весь час роботи Д.Є. Бабляк опублікував понад 200 наукових робіт, підготував 4 кандидатів наук.

У 1997 р. Дмитро Євгенович був обраний на посаду завідувача кафедри шпитальної хірургії (до 2000 р.) В цей час він розробив тактику оперативного лікування хворих з тромбоемболією гілок легеневих артерій.

У 1999 р. разом з колегами опублікував колективну монографію “Тромбоемболія гілок легеневих артерій та посттромбоемболічна легенева гіпертензія: діагностика, лікування та профілактика”. Указом Президента України Л.Д. Кучми №1302/2000 від 5.12.2000 р. проф. Д.Є. Бабляку разом з групою вчених присвоєна Державна премія України в галузі науки і техніки за 2000 рік.

У 2005р. проф. Д.Є. Бабляк вийшов на пенсію. За 50 років самовідданої роботи хірургом (1955-2005) нагороджений медаллю “За трудовое отличие” та нагрудним знаком “Отличник здравоохранения”.

Поділяючи його успіхи та невдачі по життєвій дорозі пройшла його дружина Ірина Миколаївна Бабляк, викладач Львівського коледжу прикладного мистецтва імені Івана Труша. Троє дітей Дмитра Євгеновича обрали шлях лікарів: старший син Євген працював хірургом в Центральній районній лікарні м. Золотоноша Черкаської області, середній син Сергій – кардіолог Львівської обласної клінічної лікарні, молодший син Олександр – кандидат медичних наук, кардіолог Київського науково-практичного медичного центру дитячої кардіології та кардіохірургії.

3 березня 2008 р. Д.Є. Бабляк відійшов у Вічність.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Дмитро Євгенович Бабляк (до 75-річчя з дня народження) // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. – Львів: вид-во “ПП Бодлак”, 2005. – Вип. 7. – С. 91.
2. Кулик Л. Бабляк Дмитро Євгенович / Л. Кулик // 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. 6.
3. Кулик Л. Бабляк Дмитро Євгенович / Л. Кулик // 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. 9-10.
4. Лоба Михайло. Кафедра торакальної хірургії (Михайло Лоба) // Львівський державний медичний інститут. – Львів: Словник, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Дмитро Бабляк]. – С. 142, 147.
5. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького – 230 / гол. редкол.: Б.С. Зіменковський. – Київ: “Логос України”, 2014. – 296 с. – Зі змісту: [Д. Бабляк]. – С. 102.
6. Панишко Ю.М. Пам’яті видатного хірурга Бабляка Дмитра Євгеновича / Ю.М. Панишко // Acta Medica Leopoliensia, 2008. – Vol. – №1-2. – С. 131-132.
7. Панишко Ю.М. Бабляк Дмитро Євгенович (До 80-річчя з дня народження) / Ю.М. Панишко // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. – Львів, 2010. – Вип. 52. – С. 54-55.
8. Панишко Ю.М. Михайло Васильович Даниленко та його клінічне оточення (1964-1999) / Ю.М. Панишко. – Львів: Сполом, 2011. – 216 с. – Зі змісту: [Д. Є. Бабляк]. – С. 42, 43, 44, 48, 51, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 79, 80, 85, 95, 100, 105, 119, 140, 142, 146, 149-151, 152, 166, 174, 177, 187, 199.
9. Пилип’юк Василь. Сподвижник національної медицини / Василь Пилип’юк, Степан Голубка. – Львів: Світло й Тінь, 2010. – 160 с. – Зі змісту: [професор Бабляк]. – С. 61.

**Хроніка вересня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ**

**1 вересня – 95 років** від дня народження **Олега Костянтиновича Шапошнікова**, російського дерматовенеролога. Народився у Москві. У 1942 р. закінчив військово-медичний факультет II Московського медичного інституту із золотою медаллю. У 1943-1945 рр. брав участь у німецько-радянській війні в якості старшого лікаря частини і командира медичного відділення бригади, ординатора і начальника шкірно-венерологічного відділення армійського госпіталю. Від 1949 р. його служба була пов'язана з Військово-медичною академією, де він пройшов шлях від ад'юнкта до начальника кафедри шкірних і венеричних захворювань, головного дерматовенеролога МО СРСР. У 1957 р. захистив докторську дисертацію на тему: "О роли нарушенной проницаемости и резистентности сосудов в патогенезе болезни кожи и сифилиса". Разом із членом-кореспондентом АМН СРСР проф. С.Т. Павловим створив першу в СРСР класифікацію судинних уражень шкіри. Займався проблемами етіології, патогенезу і лікування кропивниці, алергічних васкулітів шкіри, геморагічно-пігментних дерматозів, вивченням ролі імунних порушень в патогенезі червоного вовчак. О.К. Шапошніковим опубліковано понад 350 наукових праць, в т.ч. монографії, глав в керівництвах. У 1963 р. йому було присвоєно вчене звання професора; у 1974 р. - обрано членом-кореспондентом, а в 1982 р. - дійсним членом АМН СРСР. Підручник "Кожные и венерические болезни", написаний в співавторстві з О.К. Шапошніковим для студентів медичних вузів видавався 4 рази. Олег Костянтинович був головою Всесоюзного наукового товариства дерматовенерологів, почесним членом радянських та закордонних наукових товариств. Помер вчений у 1990 р. на 70 році життя.

**5 вересня – 165 років** від дня народження **Костянтина Істраті**, румунського хіміка. Народився в Романі. У 1877 р. закінчив Бухарестський університет (доктор медицини). Від 1880 р. працював у Бухарестській фармшколі (від 1881 р. професор). У 1884-1885 рр. удосконалював освіту у Ш. Фріделя в Паризькому університеті (доктор хімії, 1885). Від 1886 р. – професор Бухарестського університету. Наукові роботи присвячені хімії природних сполук і органічному синтезу. Відкрив групу безазотних фарбників, які отримали назву франсеїнів. Відкрив ізомерізацію п-дихлорбензола в м-дихлорбензол. Виділив із кори коркового дерева церин і фріделін (на честь Фріделя). Запропонував аналітичний метод визначення присутності альдегідів у спиртових продуктах. Створив школу хіміків-органіків у Бухаресті. Від 1899 р. член Академії Румунії. Помер 30 січня 1918 р. на 68 році життя.

**6 вересня – 145 років** від дня народження **Фредеріка Джорджа Доннана**, англійського фізикохіміка. Народився в Коломбо. Навчався в Королівському коледжі в Белфасті, в Лейпцигському (у Й. Вісліценуса та В.Ф. Оствальда) і в Берлінському (у Я. Х. Вант-Гоффа) університетах. В 1898-1901 рр. працював в Ірландському королівському університеті, в 1902 р. – асистент У. Рамзая в Лондонському університеті, в 1903-1904 рр. – викладач коледжу Королівського товариства в Дубліні. Від 1904 р. – професор Ліверпульського університету, в 1913-1937 рр. – професор Університетського коледжу в Лондоні. Основні наукові роботи присвячені вивченню розчинів електролітів і коллоїдних систем. У 1899 р. кількісно досліджував процес емульгування, пов'язав його із зміною поверхневого натягу на кордоні крапель емульгованої рідини та дисперсійного середовища. У 1911 р. створив теорію мембранної рівноваги, яка відіграла велику роль в розумінні процесів, що відбуваються в живій клітині. Від 1911 р. член Лондонського королівського товариства; в 1937-1939 рр. – Президент лондонського хімічного товариства. Помер 16 грудня 1956 р. на 87 році життя.

**7 вересня – 165 років** від дня народження **Станіслава Бадені**, мецената медичного факультету Львівського університету, Doctor Honoris Causa медичного факультету Львівського університету. Закінчив філософський та правничий факультети Ягеллонського університету. Працював депутатом крайового сейму у 1883-1895 рр., був головою галицького сейму у 1895-1901 рр. та в 1903-1912 рр. Був прихильником польсько-української співпраці, передав у власність медичного факультету власну резиденцію (нині будинок наукової бібліотеки ЛНМУ). Помер 12 жовтня 1912 р. на 63 році життя.

**7 вересня – 115 років** від дня народження **Миколи Володимировича Тимофєєва-Росовського**, російського генетика. Народився у Москві. У 1922 р. закінчив 1-й Московський університет. У 1921-1925 рр. працював в Інституті експериментальної біології; у 1924-1925 рр. – у Московському медико-педагогічному інституті; в 1925-1945 рр. – в Інституті біології Кайзера Вільгельма в Берліні (від 1936 р. – директор відділу генетики і біофізики). У 1955-1964 рр. працював в Інституті біології Уральського філіалу АН СРСР, в 1964-1969 рр. – в Інституті медичної радіології АМН СРСР. В 1969-1981 рр. – науковий консультант Інституту медико-біологічних проблем АМН СРСР. Наукові дослідження – радіаційна, популяційна генетика і феногенетика дрозозфіли. Обґрунтував теорію мішені для радіаційних пошкоджень хромосом і генів. Вивчав фенотипічні прояви генів і генетичний склад природних популяцій. Створив генетико-еволюційний напрямок у вивченні елементарних явищ і механізмів початкових етапів видоутворення і еволюційного процесу, що отримав назву вчення про мікроеволюцію. Здійснив біофізичний аналіз первинних пускових механізмів виникнення мутацій під впливом іонізуючих випромінень. Вивчав розподіл мічених радіоізотопами елементів по органах і тканинах тварин різних видів. Досліджував вплив низьких доз опромінення і малих концентрацій радіоізоотопів на ріст і розвиток рослин. Нагороджений медаллю ім. Ч. Дарвіна Лондонського королівського товариства (1959), медаллю ім. Г.І. Менделя Чехословацької АН (1965), Кімберовською премією по генетиці (1965). Помер 28 березня 1981 р. на 81 році життя.

**9 вересня – 145 років** від дня народження **Генрика Гальбана**, польського невропатолога. У 1896 р. закінчив медичний факультет Краківського університету. У 1897-1899 рр. стажувався в Берліні. У 1899-1903 рр. працював асистентом кафедри неврології і психіатрії. У 1903-1905 рр. – доцент цієї ж кафедри, за сумісництвом науковий працівник кафедри анатомії і фізіології Віденського університету; у 1905-1914 рр. – професор, завідувач кафедри неврології і психіатрії Львівського університету; у 1914-1918 рр. – директор Віденського військового госпіталю; у 1918-1920 рр. – санітарний інспектор польської армії; у 1920-1933 рр. – професор, організатор і керівник кафедри неврології та психіатрії; у 1933 р. – декан медичного факультету, ректор Львівського університету, організатор амбулаторій (1905), відділень (1924) та клініки неврології (1930) Львівського університету, засновник Львівської наукової школи неврологів та психіатрії. У 1920 р. організував і до кінця життя очолював комісію Сенату університету в справах молоді, заснував у Львові студентські гуртожитки, запровадив лікарське обстеження вступників до ВНЗ (1930), створив організацію “Здоровне опікування” (1930), що займалася здоров’ям студентів, заснував у Микуличах “Дім здоров’я” для студентської молоді. Наукові дослідження присвячені проблемам клінічної невропатології, описав морфологічні зміни в мозку при прогресуючому паралічі Ландрі, псевдобульбарному паралічі; вивчав зміни в мозку при правці, спинній сухотці, алкогольної полінейропатії, займався проблемою захворювань екстрапірамідної системи: один із перших запропонував гіпертермію для лікування прогресуючого паралічу. Помер 12 грудня 1933 р. на 67 році життя.

**10 вересня – 360 років** від дня народження **Каспара Бартоліна**, молодшого. Навчався в Копенгагенському університеті (1671-1674), в університетах Голландії, Франції, Італії, Німеччини (1674-1677). Від 1677 р. працював професором фізики Копенгагенського університету. Основні наукові роботи присвячені дослідженню в галузі анатомії, фізіології та фізики (1675-1701). Описав велику протоку під’язикової слинної залози, великі залози передсінку піхви, анатомічну будову низки органів. Помер 11 червня 1738 р. на 83 році життя.

**13 вересня – 105 років** від дня народження **Тадеуша Барановскі**, польського біохіміка. Народився у Львові. У 1934 р. закінчив медичний факультет Львівського університету. У 1934-1935 рр. – асистент кафедри біохімії Львівського університету; у 1935-1937 рр. – старший асистент кафедри біохімії Вільнюського університету; у 1937-1939 рр. – асистент кафедри біохімії Львівського університету, водночас у 1938 р. стажувався у Швейцарії, у 1939-1940 рр. – доцент кафедри біохімії Львівського медичного інституту; у 1940-1941 рр. – професор кафедри; у 1942-1944 рр. – завідувач кафедри біохімії Державних медично-природничих фахових курсів; у 1945-1950 рр. – завідувач кафедри біохімії Вроцлавського університету, водночас, у 1948-1949 рр. – декан медичного факультету Вроцлавського університету, в 1950-1970 рр. – завідувач кафедри біохімії Вроцлавської медичної академії, водночас, у 1965-1968 рр. – ректор Вроцлавської медичної академії; за сумісництвом – завідувач кафедри біохімії Інституту імунології та експериментальної

терапії Польської АН (1955-1970); у 1970-1980 рр. – завідувач кафедри біохімії, директор Інституту біохімії і біофізики; у 1980-1981 рр. – завідувач кафедри біохімії, директор Інституту фізіології і біохімії. Наукові дослідження присвячені прикладній біохімії, біохімії білків, вуглеводів, ензимів, проблемам кристалізації гліколітичних ензимів скелетних м'язів, білків печінки, імунології груп крові, ролі сахарози в організмі, вивченню гліколізу, механізмів фосфорилування АДФ, одержання синтетичних замінників вітаміну К. За львівський період роботи опублікував 40 наукових праць. Автор підручника з біохімії. Підготував 16 професорів. Дійсний член ПАН (1954). Помер 24 березня 1993 р. на 83 році життя.

**13 вересня – 95 років** від дня народження **Раїси Георгіївни Бутенко**, фізіолога. Народилася в м. Білому Смоленської області. У 1944 р. закінчила Московську сільськогосподарську академію ім. К.А. Тимірязєва. Від 1948 р. працювала в Інституті фізіології рослин АН СРСР (від 1970 р. – завідувач лабораторії культур тканин і морфогенезу). Основні наукові роботи присвячені фізіології і цитофізіології рослин. Вивчала іонізуючі випромінювання на поділ і ріст клітин, явища фотоперіодизму. У 1957 р. першою в СРСР почала культивувати ізольовані клітини і тканини рослин, довела можливість відновлення цілої рослини із окремих культивованих клітин. Відкрила перспективи використання культури тканин в якості продуцентів фармакологічно активних речовин. Від 1970 р. була членом Міжнародної асоціації із культури клітин рослин.

**17 вересня – 115 років** від дня народження **Сергія Івановича Кузнецова**, російського мікробіолога. У 1923 р. закінчив Московський університет. У 1920-1925 рр. – хімік-бактеріолог гідробіологічної станції, в 1925-1931 рр. – працював у Московському університеті; в 1931-1941 рр. – завідувач лабораторії Косінської лімнологічної станції Московської області, в 1941-1946 рр. – в Люберецькому комбінаті з очистки стічних вод, водночас, з 1942 р. – в Інституті мікробіології АН СРСР (від 1946 р. – завідувач відділу). Основні напрямки роботи відносяться до водної та геологічної мікробіології. Використав метод радіоактивних ізотопів, показав роль мікроорганізмів в кругообігу речовин у водоймищах, в утворенні й руйнуванні родовищ сірки і сульфідних руд. У 1960 р. був обраний членом-кореспондентом АН СРСР. Від 1975 р. почесний член Всесоюзного мікробіологічного товариства. Помер вчений 27 лютого 1987 р. на 87 році життя.

**18 вересня – 200 років** від дня народження **Карла Нагеля**, австрійського анатома, хірурга. У 1839 р. закінчив медичний факультет Віденського університету. У 1842-1851 рр. – працював професором і керівником кафедри анатомії і водночас, керівником кафедри хірургії (1849-1873) Львівського університету; головним хірургом Львівського загального госпіталю. Був членом лікарського товариства Відня, Спільки практикуючих лікарів Львова. Займався проблемами загальної та спеціальної мікроанатомії та проблемами хірургії. Помер у 1874 р. на 59 році життя.

**23 вересня – 165 років** від дня народження **Ріхарда Гертвига**, німецького біолога. Народився у Фрідбергу. У 1885-1924 рр. – професор Мюнхенського університету. Наукові роботи відносяться до морфології кишковопорожнинних і порівняльної ембріології. Разом з Оскаром Гертвигом (1849-1922) висунув теорію походження целома – вторинної порожнини тіла. Вивчав процес поділу найпростіших, сформулював закономірність об'ємних відношень ядра і цитоплазми до клітинного поділу. Вивчав промеників, сонцевиків, інфузорій. Був автором підручника зоології (1900), що неодноразово перевидавався. Помер 3 жовтня 1937 р. на 88 році життя.

**24 вересня – 120 років** від дня народження **Андре Курнана**, франко-американського фізіолога. Народився в Парижі. Навчався у лиці Кондорсе, поступив у Паризький університет (Сорбонну) і отримав звання бакалавра мистецтв. Через рік дістав диплом з фізики, хімії та біології та вступив до медичної школи, але Перша світова війна перервала навчання. В 1915-1918 рр. Андре Курнан служив в армії санітаром, отримав військові нагороди. Після війни продовжив медичні студії в Сорбонні. У 1920-1930 рр. стажувався з неврології і захистив докторську дисертацію з розсіяного склерозу. В 1930 р. переїхав у США, де одержав місце іноземного спеціаліста в Колумбійському університеті при госпіталі Бельв'ю. У 1934 р. А. Курнан став викладачем медицини в Коледжі лікарів та хірургів Колумбійського університету. Почав експерименти, спрямовані на розвиток методу катетеризації серця, запропонованого В. Форсманом у 1929 р., а в 1941 р. провів першу з часів В. Форсмана (1929) катетеризацію серця. У 1951 р. А. Курнан став повним професором. Він проводив дослідження катетеризації серця у дітей різного віку з різноманітними вродженими вадами серця.

**У 1956 р. А. Курнан, В. Форсман та Д. Річардс отримали Нобелівську премію “за відкриття, які стосуються катетеризації серця і патологічних змін у системі кровообігу”.**

За своє довге життя Андре Курнан отримав багато престижних нагород, почесних звань, почесного членства у багатьох наукових установах. Помер 19 лютого 1988 р., проживши 92 роки і 5 місяців.

**24 вересня – 110 років** від дня народження **Северо Очоа**, іспансько-американського біохіміка. Народився в іспанському місті Луарка. Навчався в коледжі Малаги. У 1921 р. отримав ступінь бакалавра гуманітарних наук і вступив до медичної школи Мадридського університету, яку закінчив з відзнакою у 1920 р. За підтримки Іспанської ради з наукових досліджень С. Очоа вивчав біохімію та фізіологію м'язової тканини, працюючи дослідником-асистентом Отто Мейєргофа в інститутах Кайзера Вільгельма у Гейдельберзі та Берліні. У 1931 р. Очоа повернувся в Мадридський університет викладачем фізіології та біохімії, а в 1932 р. працював дослідником ензимології в Національному інституті медичних досліджень у Лондоні. У 1935 р. повернувся в медичну школу Мадридського університету завідувачем відділу фізіології Інституту медичних досліджень. Коли в Іспанії в 1936 р. почалася громадянська війна, сім'я Очоа покинула країну. П'ять років працював у лабораторіях Німеччини та Англії, де вивчав функцію вітаміну В<sub>1</sub> та проміжний метаболізм. На початку Другої світової війни (1941) Очоа емігрував у США, де в 1956 р. одержав американське громадянство. Від 1942 р. одержав посаду наукового співробітника в медичній школі Університету Нью-Йорку. Спочатку як асистент професора біохімії (1945), потім як професор та керівник відділу фармакології (1946), а згодом, як професор біохімії (1954). У 1949 р. Очоа був запрошений професором біохімії Каліфорнійського університету в Берклі.

С. Очоа виявив, що повне окиснення 1 молекули глюкози до СО<sub>2</sub> дає 36 молекул АТФ. Він також з'ясував механізми циклу лимонної кислоти, а досліджуючи фотосинтез, пояснив додаткову роль ферменту яблучної кислоти. Вже тоді було відомо, що синтез білків відбувається під час передачі генетичної інформації РНК. Три види РНК беруть участь в послідовному включенні амінокислот у молекулу білка: інформаційна, рибосомна та транспортна. У 1955 р. Очоа виділив бактеріальний фермент полінуклеотидфосфорилазу і одержав синтетичну РНК, що дало йому можливість розшифрувати генетичний код.

**У 1959 р. С. Очоа отримав разом з А. Корнбергом Нобелівську премію “за відкриття механізмів біологічного синтезу РНК та ДНК”.**

У 1975 р. С. Очоа вийшов на пенсію. За своє життя він отримав велику кількість нагород та премій, членство у багатьох академіях та наукових товариствах. Помер вчений 1 листопада 1993 р. в Мадриді на 89 році життя.

**26 вересня – 80 років** від дня народження **Роберта Гайнца Готца**, швейцарського педагога, філософа, мецената. У 1956 р. закінчив педагогічний факультет університету м. Цюрих, вищу філософську школу Пулах м. Мюнхен (1961), Вищу богословську школу м. Ліон (1968), Католицький університет м. Ліон (1972). У 1978 р. став доктором теології. У 1982-2000 рр. працював доцентом політології і русистики університету м. Санкт-Галлен (Швейцарія), був викладачем теології католицьких університетів Фрібурга (Швейцарія) та Ліона (Франція). Від 1964 р. Міжнародна публіцистична діяльність, робота на радіо і телебаченні. Був редактором журналу “Orientierung” Інституту з проблем світогляду м. Цюрих (1972-1989), керівником Інституту Ostreferat в Цюриху, співпрацівником німецької радіостанції SWR. організатор і керівник добродійної організації “Допомога для Західної України” (1994-2006), яка надавала фінансову, медичну та соціальну допомогу низці кафедр Львівського медичного університету, а також близько 50 медичним установам Львова та області. У 1998 р. Р. Готцу присвоєно звання Почесного громадянина м. Львова. Він кавалер багатьох державних та релігійних нагород і відзнак України., в т.ч доктор Honoris Causa Львівського медичного університету (1997).

**29 вересня – 170 років** від дня народження **Луїса Адольфа Дюрінга**, американського дерматолога. Закінчив Пенсільванський університет, удосконалювався з дерматології в Європі.

Від 1870 р. практикував у Філадельфії. Упродовж 40 років був професором дерматології Пенсільванського університету. Всесвітню славу Л.А. Дюрінгу приніс докладний атлас шкірних хвороб, а також практичний посібник із шкірних хвороб. У 1884 р. вчений вперше описав герпетиформний дерматит (хвороба Дюрінга). Маючи 40 років вчений вирішив написати енциклопедію клінічної дерматології. Встиг видати 2 томи. В своєму заповіті виділив значні кошти на розвиток дерматології в Пенсільванському університеті та коледжі. Помер 17 листопада 1913 р. на 69 році життя.

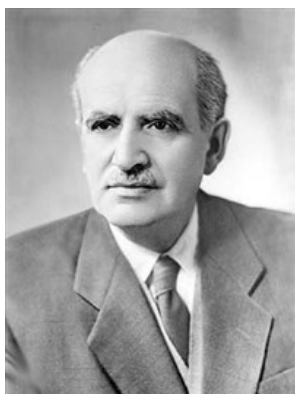
## ЛІТЕРАТУРА

1. [http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\\_biography/Шапошников Олег Константинович](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_biography/Шапошников_Олег_Константинович)
2. 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.: [Истрати Константин]. – С. 96-97.
3. Різничок С. Бадені Станіслав / С. Різничок, М. Надрага // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 10.
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.: [Доннан Фредерик Джордж]. – С. 153.
5. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Тимофеев-Ресовский Николай Владимирович]. – С.620.
6. Ганіткевич Я. Гальбан Генрик / Я. Ганіткевич, Т. Негрич, С. Пшик // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 62-63.
7. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Бартолин Каспар, младший]. – С. 44-45.
8. Склярів О. Барановські Тадеуш / О. Склярів, С. Різничок // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 13-14.
9. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Бутенко Раиса Георгиевна]. – С.107-108.
10. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Кузнецов Сергей Иванович]. – С.342.
11. Дубицький Л. Нагель Карл / Л. Дубицький, С. Різничок, М. Надрага // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 231.
12. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Гертвиг Рихард]. – С. 173-174.
13. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Курнан Андре]. – С. 181-183.
14. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Очоа Северо]. – С. 256-258.
15. Томашков С. Готц Роберт Гайнц / С. Томашков, О. Кіцера // 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. 77.
16. Визначні імена у світовій медицині / за ред. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Дюрінг Луїс Адольф]. – С. 131.



**Ю.М. ПАНИШКО, А.Л. ВАСИЛЬЧУК**  
**ХАЧАТУР СЕДРАКОВИЧ КОШТОЯНЦ**

**До 115-річчя від дня народження**



Хачатур Седракович Коштоянц народився 26 вересня 1900 р. в м. Александрополі Єриванської губернії в бідній сім'ї ремісника. Місто Александропіль існувало ще в епоху Урарту, в середні віки носило назву Кумайрі, а з 1924 р. перейменовано в Ленінакан. У 1906 р. в пошуках кращої долі сім'я Коштоянц переїхала в П'ятигорськ. Хачатур закінчив вірменську церковно-парафіяльну школу і міське шестирічне училище, після чого займався самоосвітою. На канікулах працював у друкарні і конторі нафтоскладу "Титан". У 1915 р. після закінчення міської школи, здав іспит із латинської мови і був зарахований в одну із приватних аптек П'ятигорська в якості аптекарського учня, де працював упродовж 1915-1921 рр. Ця робота дозволила йому придбати цінну інформацію в галузі фармагнозії та фармакології. У 1917 р. Хачатур здав екстерном іспит на атестат зрілості в П'ятигорській чоловічій гімназії і на звання помічника аптекаря в Ростові-на-Дону. У 1918 р. спроба поступити у Донський університет (бувний Варшавський, евакуйований у 1915 р.) не вдалася.

Смерть батька та громадянська війна на Кавказі змусила його повернутися у П'ятигорськ, де він поступив до П'ятигорського народного університету, в якому вчився у 1918-1919 рр. на природничому факультеті. У 1920 р. Хачатур поступив на роботу у П'ятигорський народний університет в якості лаборанта біологічної лабораторії та викладача. Восени 1921р. по розподілу він вступив на 1 курс медичного факультету Кубанського університету. На базі медичного факультету в 1922 р. був відкритий медичний інститут. Під час канікул Х.С. Коштоянц працював у Бальнеологічному інституті в П'ятигорську, де були експериментальні лабораторії і клінічні відділення. Досліджував флору і фауну гірко-солених озер і мінеральних джерел П'ятигорського району.

В 1923 р. Х.С. Коштоянц опублікував отримані результати в трьох статтях. Оскільки в 1922 р. Кубанський університет був реорганізований, частина професорів покинула Краснодар і перейшла в Московський університет. Х.С. Коштоянц так само переїхав у Москву. Медичний факультет II Московського університету був трансформований у II Московський медичний інститут. якому згодом було присвоєно ім'я М.І. Пирогова.

Матеріальна незабезпеченість застала Хачатура Седраковича у 1923 р. працювати викладачем і завідувачем робітничого факультету при Індустріально-педагогічному інституті ім. К. Лібкнехта.

У 1926 р. Х.С. Корштоянц успішно завершив навчання. Згодом він поступив в аспірантуру на кафедру фізіології, якою керував відомий вчений, учень І.П. Павлова Іван Петрович Разенков (1888-1954). Незадовго до цього, у 1922 р. був організований науково-дослідний Біологічний інститут Комуністичної Академії (БІКА). В його складі було відділення фізіології тварин, яким за сумісництвом керував І.П.Разенков. В це відділення Іван Петрович зарахував Х.С. Коштоянца в якості аспіранта. Праця в аспірантурі (1926-1929) була підпорядкована основній проблематиці лабораторії І.П. Разенкова: фізіологія травних процесів при різних харчових режимах. В кінці перебування в аспірантурі в 1928 р. Х.С.Коштоянц був зарахований асистентом кафедри фізіології тварин біологічного відділення фізико-математичного факультету I Московського університету. До кінця свого життя Хачатур Седракович був пов'язаний з цією кафедрою.

У 1929 р. Х.С. Коштоянц був зарахований на посаду завідувача відділом порівняльної фізіології. Для удосконалення знань попросив закордонне відрядження. На початку 1930 р. вчений поїхав до Німеччини, а потім – в Голландію. В Берліні він ознайомився з викладанням порівняльної фізіології в Берлінському університеті, а в Голландії ознайомився з лабораторією

Германа Йордана (1877-1943), видатного вченого в галузі порівняльної фізіології. Повернувшись з відрядження (1931) Х.С. Коштоянц зосередив свою діяльність в двох установах: на кафедрі фізіології тварин І МДУ і в лабораторії порівняльної фізіології Біологічного інституту ім. К.А. Тимірязєва. Після смерті проф. О.Ф. Самойлова в 1930 р. завідувачем кафедри став І.Л. Кан, а на посаду професора кафедри призначили Х.С. Коштоянца.

В 1933 р. Х.С. Коштоянц ввійшов в організаційний комітет для підготовки XV Міжнародного конгресу фізіологів. На цьому конгресі лабораторія еволюційної фізіології БІКА була представлена 5 доповідями. В 1934 р. вийшов збірник праць лабораторії “Некоторые вопросы сравнительной физиологии”. У 1935 р. ВАК Наркомпросу присудила Х.С. Коштоянцу вчений ступінь доктора біологічних наук без захисту дисертації. В 1937 р. відділ порівняльної фізіології був включений в склад Інституту еволюційної морфології ім. А. Н. Северцева АН СРСР у вигляді сектору еволюційної фізіології. В кінці 1937 р. Х.С. Коштоянц був призначений заступником директора інституту. В 1939 р. вчений обраний членом-кореспондентом АН СРСР і одночасно призначений заступником академіка-секретаря Відділення біологічних наук. З початком німецько-радянської війни 1941-1945 рр. Інститут еволюційної морфології був евакуйований в Киргизію. В березні 1942 р. помер професор І.Л. Кан і Х.С. Коштоянц був обраний за конкурсом завідувачем кафедри фізіології Московського державного університету.

29 листопада 1943 р. була заснована АН Вірменської РСР і Х.С. Коштоянц був обраний членом цієї Академії.

У 1946-1953 рр. Хачатур Седракович Коштоянц працював директором Інституту історії природознавства АН СРСР.

Основний напрямок наукових праць Х.С. Коштоянця – проблеми еволюції функцій тваринних організмів, вивчення ензимо-хімічних основ процесів збудження, історія вітчизняної фізіології. Експериментально доказав залежність явищ подразливості і нервової регуляції від стану білкових тіл і обміну речовин. В 1947 р. отримав Сталінську премію за монографію “Очерки физиологии в России” (1946). Х.С. Коштоянц був обраний почесним академіком Угорської АН, почесним доктором Карлова університету в Празі і науково-медичного товариства Фінляндії “Дуодецим”. Від 1947 р. був членом-кореспондентом Міжнародної асоціації історії науки. Вчений був нагороджений орденами і медалями СРСР. Помер вчений 2 квітня 1961 р., проживши 60 років і 6 місяців.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Артёмов Н.М. Коштоянц Хачатур Седракович / Н.М. Артёмов // БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров.– 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1973. – Т.13: Конда - Кук. – С. 305.
2. Сахаров Д. Коштоянц Хачатур Седракович / Д. Сахаров // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев.– 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1960. – Т.14: Косорукость-Курорты. – С. 180.
3. Артёмов Н.М. Хачатур Седракович Коштоянц. 1900-1961 / Н.М. Артёмов, Д.А. Сахаров / отв. ред. Т.М. Турпаев. – М.: Наука, 1986. – 224 с.
4. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Коштоянц Хачатур Седракович]. – С. 331.

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

**Загальні вимоги**

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

**Вимоги до оформлення статті**

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

**Технічні вимоги щодо оформлення матеріалів**

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

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

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

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

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

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

*Наукове видання*

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ**  
**Здоровий спосіб життя**  
Збірник наукових праць  
Випуск 43 (109)

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

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

Друк Risograf  
Підписано до друку 25.09.2015  
Гарнітура Times New Roman  
Ум. друк. арк. Папір офсетний. Зам. №  
Наклад 90 прим.