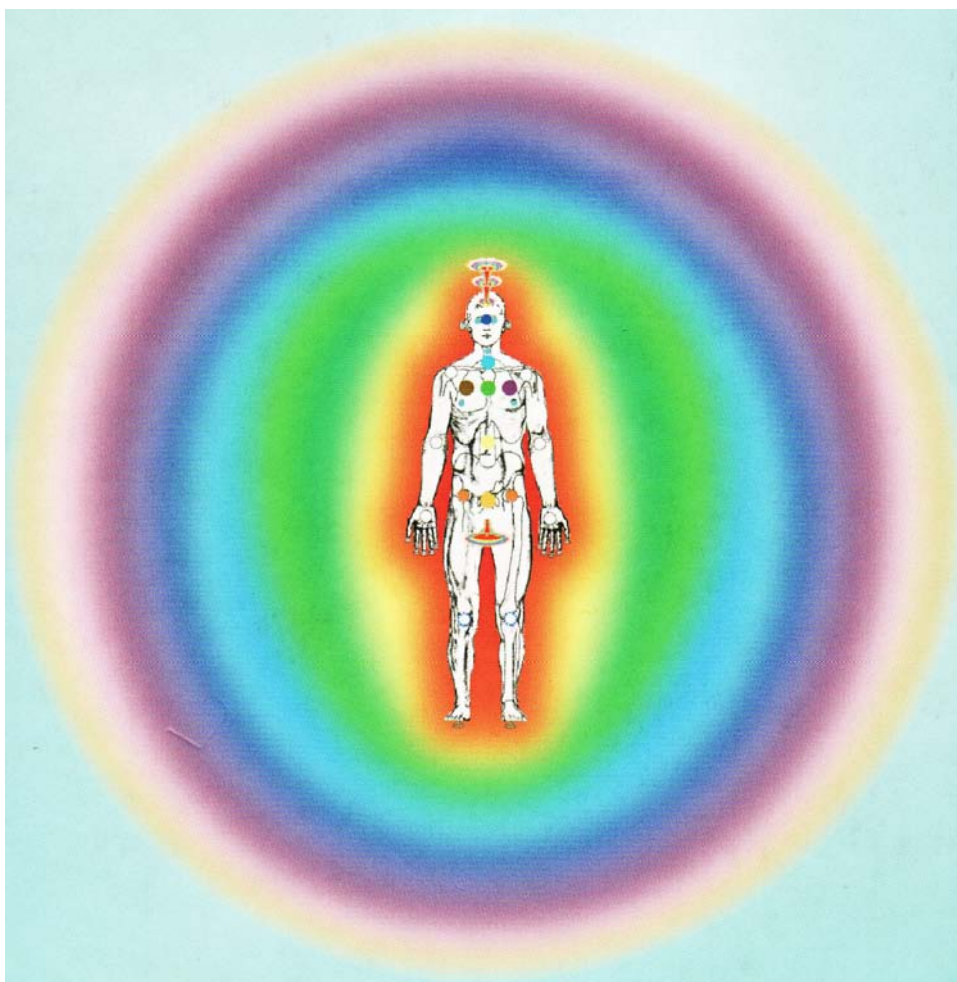


**Західний центр енергоінформаційних наук
Академія профілактичної медицини НТШ**

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ**



**Збірник наукових праць
Випуск 7**

Львів 2012

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 (відповідальний секретар)
Дроздовська В.А. – д-р. геол.-мін. н., професор
Курик М.В. – д-р.фіз-мат.н, професор
Панишко Ю.М. – канд.мед.н., доцент (відповідальний редактор)
Петлін В.М. – д-р.геогр.н, професор
Позаченюк К.А. – 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

Рецензент: **Джафаров М.А.**, д-р.мед.н., професор, Заслужений працівник ФК і спорту України, Заслужений діяч ФК і спорту Азербайджанської Республіки

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

Феномен людини. Здоровий спосіб життя [Текст]: зб.наук.ст. / За ред. доц. Ю.М. Панишка. – Львів, 2012. – Вип. 7. – 59 с.

До збірника увійшли 11 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

ISBN 978-966-665-682-0

© Ю. М. Панишко, 2012

ЗМІСТ

Відомості про авторів.....	4
Білинський Б.Т., Шиян Р.Д.	Помилки в діагностиці раку товстого кишківника 5
Васильчук А.Л.	Чакра свадхістхана 13
Макогонов І.О., Вергун О.М.	Режими комбінованої гормональної контрацепції 21
Матвієнко Ю.О.	Неврологічні прояви цистицеркозу 25
Стасів Я.В.	Протиалкогольні акти м. Львова XIV-XVII ст 31
Черніховський М.В., Вуйцик Ю.В.	Застосування препарату “Акнетін” при лікуванні різних видів вугрів у військовослужбовців 35
<i>Хроніка</i>	
Редколегія	Поздоровлення ювілярів 38
Панишко Ю.М., Лозинська С.С., Кубацька І.П.	Андрій Васильович Ходін. До 165-річчя від дня народження 39
Панишко Ю.М., Лозинська С.С., Новицька І.М.	Мар’ян Іванович Панчишин. До 130-річчя від дня народження 41
Метельська Л.С., Панишко Ю.М., Цимбала О.М.	Ганна Іванівна Столмакова. До 100-річчя від дня народження 45
Панишко Ю.М.	Леся Ростиславівна Матещук-Вацеба. До 55-річчя від дня народження 47
Панишко Ю.М., Метельська Л.С.	Хроніка вересня: Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини 49

Відомості про авторів

Білінський Борис Тарасович – доктор медичних наук, професор кафедри онкології та радіології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Заслужений діяч науки і техніки України, академік АНВШ України.

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

Вергун Оксана Михайлівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії №1 ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Вуйцик Юрій Володимирович – завідувач дерматовенерологічного відділення Військово-медичного клінічного центру Західного регіону, майор медичної служби в запасі.

Кубацька Ірина Петрівна – завідувач методичним сектором КЗ Львівської обласної ради “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

Лозинська Світлана Сергіївна – директор КЗ Львівської обласної ради “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

Макагонов Ігор Олександрович – кандидат медичних наук, доцент кафедри поліклінічної справи, сімейної медицини та дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, акушер-гінеколог вищої кваліфікаційної категорії, керівник відділу УЗД. .

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.

Новицька Ірина Миронівна – провідний бібліограф інформаційного відділу КЗ Львівської обласної ради “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

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

Стасів Ярослав Васильович – магістр історії, викладач історії Львівського вищого професійного художнього училища.

Цимбала Оксана Миронівна - бібліограф інформаційного відділу КЗ Львівської обласної ради “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

Черніховський Михайло Васильович – завідувач дерматовенерологічним кабінетом клініки АПД Військово-медичного клінічного центру Західного регіону, полковник медичної служби у відставці.

Шиян Роман Дмитрович – лікар проктолог-онколог вищої кваліфікаційної категорії Львівського онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру.

Б.Т. БІЛИНСЬКИЙ, Р. Д. ШИЯН.

ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ТОВСТОГО КИШКІВНИКА

В статті розглянуті можливі помилки лікарів при діагностуванні пухлин товстої кишки. Автори вказують, що діагностичні помилки можливі на всіх етапах надання медичної допомоги пацієнтам з колоректальним раком. Важливим є дотримання алгоритму дослідження, морфологічної верифікації і лікування в спеціалізованих онкопроктологічних стаціонарах, де можливе радикальне лікування з застосуванням ад'ювантної терапії.

Ключові слова: лікар, онкологія, діагностика, рак товстої кишки.

В статье рассматриваются возможные врачебные ошибки при диагностике опухолей толстой кишки. Такие ошибки возможны на всех этапах оказания медицинской помощи пациентам с колоректальным раком. Авторы призывают к выполнению алгоритмов обследования, морфологической верификации опухоли и лечению в специализированных онкопроктологических стационарах, где возможно применение радикального лечения и адъювантной терапии.

Ключевые слова: врач, диагностика, онкология, рак толстой кишки.

The article deals with possible mistakes in diagnostics of colorectal tumors. The authores shows that those mistakes are possible on all levels of medical care of such patients. It is very important to use the algorythmus of investigation, the morphological verification of the diagnosis and the treatment in specialized oncoproctological clinic, where the radical operations and the adjuvant therapy is possible to realize.

Key words: doctor, diagnosis, oncology, colon cancer.

Рак товстої і прямої кишки.

Розглядаючи можливі лікарські помилки в діагностиці і лікуванні пухлин товстої кишки, доцільно звернути увагу на деякі особливості раку ободової кишки, прямої кишки і анального каналу.

Локалізація пухлини впливає на клінічні прояви, на надійність і результативність способів діагностики, на нюанси призначення різних способів лікування (хірургічне, променева терапія і хіміотерапія) і їх результативність, на прогноз захворювання.

Обговорюючи поведінку лікарів, що зустрічаються з онкопроктологічними пацієнтами на різних рівнях надання медичної допомоги, необхідно звернути увагу на ймовірну частоту таких перших контактів при долікарських оглядах (ФАП), прийомах у сімейних чи дільничних лікарів, оглядах загальних хірургів, проктологів, онкологів. Онкопроктологічні захворювання належать до розповсюджених і таких, частота яких постійно зростає в більшості країн в т.ч. і в Україні. Колоректальний рак зараз займає 4 місце в структурі онкологічної захворюваності в світі. Більше 60 % усіх випадків колоректального раку припадає на рак дистальних відділів товстої кишки. Щорічно в світі реєструють більше 600 тисяч нових випадків раку товстої кишки.

Україна, поряд з такими країнами як США, Канада, Англія, країни Північної та Центральної Європи відноситься до регіонів з високою захворюваністю на колоректальні пухлини. Це означає, що серед пацієнтів, що звертаються за медичною допомогою в

медичні установи первинної ланки є значна кількість хворих з цією патологією. Якщо хірург на амбулаторному прийомі в поліклініці протягом місяців не зустрівся з жодним пацієнтом з колоректальним раком, це означає, що він просто не розпізнав їх і вони звернуться до наступної медичної інстанції, але вже в більше заавансованій стадії.

Для того, щоб пильність лікаря стосовно колоректального раку була на належному рівні, треба пам'ятати про етіологічні фактори і чинники, що сприяють виникненню згаданої патології. До таких чинників відносяться: особливості харчування, генетична схильність і супутні, або перенесені раніше захворювання.

Що стосується особливості дієти, то велике значення має високий вміст в раціоні м'яса і тваринного жиру, нестача вітамінів А, С, Е, а також обмежене споживання продуктів, що містять рослинну клітковину.

З генетичних захворювань слід пам'ятати про дифузний сімейний поліпоз, синдром Гарднера – Тернера, синдром Пейтца – Єгерса, хворобу Тюрка, синдром Кронхейда-Канада.

З супутніх захворювань треба пам'ятати про аденому ободової кишки, тривалий виразковий коліт, хворобу Крона, рак або аденому товстої кишки в анамнезі (метахронні пухлини), сімейний поліпоз і множинні поліпи, вілльозні пухлини, рак жіночих статевих органів чи грудної залози в анамнезі і випадки сімейного раку (Лінч – I і Лінч – II).

Перелік названих хвороб і синдромів має велике значення у виникненні і своєчасній діагностиці раку товстої кишки. Лікарі, які недостатньо знайомі з можливою супутньою патологією ризикують не звернути увагу на хворих, які звертаються до них за первинною допомогою і тим самим допуститися діагностичної помилки. Тому аналізу скарг хворих і детальному збору анамнезу слід надавати серйозного значення.

Клініка колоректального раку і зокрема раку ободової кишки в значній мірі залежить від локалізації первинної пухлини.

Клінічні форми раку товстої кишки відрізняються в правій і лівій половині кишки. Для правої половини ободової кишки (сліпої кишки, висхідної ободової і печінкового кута, частково і поперечно – ободової кишки) характерні токсико – анемічна, псевдозапальна і пухлиноподібна форми раку. Для лівої половини (частина поперечно – ободової кишки, низхідна кишка, сигмовидна кишка) характерні обтураційна і ентероколітична форма пухлини. Особливості клініки, пов'язаної з локалізацією пухлини в товстій кишці, зумовлюють і концентрацію відповідних пацієнтів в різних медичних установах: коли хворі з пухлинами правої половини товстої кишки помилково поступають в гастроентерологічні, інфекційні, терапевтичні, гематологічні стаціонари, то хворі з пухлинами лівої половини товстої кишки стають потенційними пацієнтами швидкої допомоги і шпиталізуються в ургентні хірургічні стаціонари з кишковою непрохідністю.

Як і рак інших локалізацій, на початкових стадіях колоректальний рак протікає безсимптомно. Найбільше раннім симптомом буває наявність кров'янистих виділень з калом або позитивних реакцій на скриту кров в калі. Тому великого значення треба надавати пропаганді і розповсюдженню гемокультестів серед відповідних контингентів населення. В країнах Заходу це питання розв'язане. У нас воно зустрічається з труднощами економічного і організаційного характеру.

В свій час за ініціативою працівників кафедри онкології і Львівського клінічного онкодиспансеру (тепер ЛОРЛДЦ) була проведена велика акція з позитивним результатом щодо ранньої діагностики раку серед робітників великих підприємств Львова.

Серед локалізацій раку, які шукали за допомогою суцільного анкетування колективу, комп'ютерному опрацюванню результатів опитування і індивідуального плану подальшого

обстеження включено і колоректальний рак, який розповсюджений в нашому регіоні. В статті А. Чиссова і Т. Панкової подаються дуже песимістичні дані щодо ефективності діагностики колоректального раку. Названі автори вказують, що за російськими даними 60-90% хворих з раком товстої кишки поступають в лікувальні заклади з первинно неправильно встановленим діагнозом. У 70-80 % пухлину діагностують в пізніх стадіях, а у 18-38% із них в момент виявлення констатується ІV стадія. Очевидно, що в Україні ситуація принципово не відрізняється. Для уникнення такої ситуації необхідно притримуватися правила послідовності діагностичних дій при обстеженні хворого з підозрою на можливість колоректального раку. Така послідовність узаконена в вигляді алгоритму, який включає анамнез захворювання і огляд. Звертаємо увагу на больовий синдром і виділення з калом крові, слизу, гною; проноси, закрепи, болі при акті дефекації, тенезми; зміни форми калу - “овечий”, стрічкоподібний, тоненький; підвищення температури, слабкість; проведення додаткових досліджень: рентгенографія органів грудної і черевної порожнини, іригоскопія, колоноскопія з біопсією, УЗД органів черевної порожнини, загальноклінічні лабораторні дослідження, визначення СА – 19.

Як звичайно, ми розглядаємо помилки в діагностиці, які трапляються під час профілактичних оглядів, при первинному звертанні хворих за медичною допомогою, в умовах загально – хірургічного чи проктологічного стаціонару і в спеціалізованих онкопроктологічних відділах. Зрозуміло, що помилки, пов’язані з місцем їх здійснення, різні за характером і за наслідками для хворого. Ми переживаємо період, коли загальна медична диспансеризація населення з її обов’язковим онкологічним компонентом знаходиться в стані занепаду. Це і є однією з принципових організаційних причин пізньої діагностики колоректального раку. Як відсутність диспансеризації, так і погана організація її проведення, а також індивідуальна відмова від участі в таких заходах – ось основні дефекти організаційної сторони досліджуваної проблеми. Одинокий дійовий метод ранньої діагностики колоректального раку – продуманий скрінінг з метою формування груп підвищеного ризику. До них відносяться особи з генетичною схильністю до колоректального раку, хворі з поліпозом, виразковим колітом, а також ті, хто переніс інші онкологічні захворювання, особливо локалізовані в травному тракті.

При профілактичних і амбулаторних оглядах обов’язково використовувати гемокульт-тести. Такий тест на скриту кров в калі, особливо у чоловіків після 40 років повинен виконуватися з постійною періодичністю. В зарубіжних країнах Заходу нагромаджений великий позитивний досвід в даному питанні і він доволі просто вирішується організацією доступних тест – систем, які можуть хворі самостійно проводити при щоденній дефекації. Невикористання вищезгаданих методів – перша серйозна медична помилка, що позбавляє хворого можливості своєчасно звернутися за допомогою. Немало діагностичних помилок зустрічається і у хворих з певними клінічними проявами.

Треба пам’ятати, що в ранніх стадіях колоректального раку відсутні патогномонічні симптоми, а інші прояви, які можуть турбувати хворого, можуть бути спільними з низкою не пухлинних захворювань (геморою, коліту), з якими поліклінічний лікар зустрічається щоденно і “привикає” до них, не надаючи їм серйозного значення. Це і є першопричиною діагностичних помилок в поліклініці. Щоб уникнути їх, необхідно цілеспрямовано і ретельно аналізувати скарги пацієнта, докладно збирати анамнез і оцінювати його підозрілі моменти, проводити доступне в поліклініці комплексне обстеження, що включає пальцеве дослідження прямої кишки з обов’язковою ендоскопією і морфологічною верифікацією діагнозу.

Особливості перебігу колоректального раку, навіть з наявністю симптомів, сприяє пізньому звертанні хворих за допомогою. Колоректальний рак розвивається дуже повільно (часом упродовж років), симптоми його нарастають поступово і можуть бути інтермітуючими. Хворий “привикає” до дискомфорту, що появився в його житті, пристосовується до симптомів, які періодично pojawiaються і можуть зникати, не трактує їх трагічно і навіть гемороїдальним крововиділенням знаходить своє “пояснення”, відкладаючи візит до лікаря з різних мотивацій, в тому числі нераціональної “сором’язливості”. В результаті від появи перших симптомів до встановлення клінічного діагнозу проходить тривалий час, за який хвороба встигає прогресувати.

Причинами лікарських помилок на етапі поліклінічного прийому може бути низька кваліфікація в галузі онкології лікарів загальної практики, а також відсутність онкологічної настороженості у них. З цієї причини в майже половини випадків діагноз встановлюють через декілька місяців після первинного звертання хворого до лікарів, а у випадку раку ободової кишки в майже 60% хворих в момент вступу їх до стаціонару діагноз ще не встановлений. В більшості випадків при їх аналізі виявляється, що запізнїла діагностика колоректального раку відбувається з вини лікаря, а хворий, який звернувся за допомогою до загального лікаря, не отримує спеціалізованої допомоги протягом багатьох місяців. В цьому можна винити і медичні підручники, де залюбки описують клінічну картину запущеного раку, а не звертають уваги на дрібні перші симптоми. Якщо першим фахівцем, до якого звернувся хворий з колоректальним раком і симптомами кишкової кровотечі є терапевт його скеровують в інфекційне відділення з діагнозом “дизентерія”, або лікують у хірурга з приводу “геморою”. Симптоматичне лікування часто дає позитивний ефект, лікар і хворий заспокоюються, що також сприяє занедбаності пухлини, коли діагноз стане вже ясним. При локалізації пухлини в правій половині кишки ранні симптоми або відсутні, або такі незначні, що не привертають уваги пацієнта і лікаря. І тільки виражена анемія чи кишкова непрохідність примушують лікарів серйозно зайнятися пацієнтом. Перші незначні функціональні симптоми повинні насторожити лікаря, інакше він ризикує піти по хибному шляху і допустити лікарську помилку.

Однією з важливих причин пізньої діагностики є неповне обстеження хворого. З цієї причини у біля третини хворих діагноз своєчасно не встановлюють. **Пам’ятаймо**, що при дистальному ракові прямої кишки “діагноз знаходиться на кінчику пальця” як вчили старі клініцисти. Детально зібраний анамнез і пальцеве ректальне дослідження доступні кожному лікареві в будь – яких умовах. Рак прямої кишки таким способом можна виявити не менше, ніж у 60 % випадків.

В той же час ректальне дослідження хворих зі скаргами на анальний дискомфорт проводять в поліклініці тільки у 1/3 пацієнтів. Ще рідше проводиться ректороманоскопія, не говорячи вже про фіброколоноскопію. Не втрачає свого значення правильно проведена іригоскопія, яка може дати цікаву додаткову інформацію про локалізацію і розмір пухлини, особливо у випадках, коли провести фіброколоноскопію не вдається. Помилковою є думка про діагностичну цінність перорального заповнення товстої кишки. Такий метод рентгенодіагностики є неінформативний, а висновки зроблені на його основі – помилкові.

Джерелом помилки може бути і хибна концентрація уваги лікаря на одній явній пухлині кишки. Треба пам’ятати, що для раку товстої кишки є характерною множинність поразення. Частина синхронних полінеоплазій може бути виявлена до операції, частина під час лапаротомії. Відповідно до цих знахідок має плануватися і хірургічна тактика. Післяопераційний моніторинг пацієнтів з пухлинами товстої кишки направлений на виявлення метакронних пухлин, які виникають вже після видалення первинних. Така

особливість раку товстої кишки пояснюється частим його виникненням на ґрунті малігнізації поліпів, які часто бувають множинні.

Під час лапаротомії хірург зобов'язаний ретельно провести ревізію органів черевної порожнини з метою точного встановлення стадії процесу. Недопустимо відмовити хворому в проведенні радикальної операції, хибно оцінивши пухлину як “нерезектабельну”. Протилежна діагностична помилка – заниження стадії захворювання, що може мати наслідком виконання нерадикальної операції, що пов'язано з високим післяопераційним ризиком, а також швидкою появою в ранні терміни рецидиву пухлини в малому тазі або появою віддалених метастазів. Обережно треба відноситися до формування протипоказів до радикальної операції. Тільки глибоке порушення кишково – важливих органів і систем, недостатність кровообігу III ступеня, інфаркт міокарду, легенева і нирково – печінкова недостатність можуть вважатися серйозними протипоказами для проведення радикальної операції. Наявність злоякісної пухлини товстої кишки без явних віддалених метастазів є абсолютним життєво – важливим показом до хірургічного лікування.

Тільки вік хворих не може бути причиною відмови від оперативного лікування

В нашій практиці є випадок оперативного лікування раку товстої кишки з 2-ма синхронними і 4-ма метахронними пухлинами, у якого проведено 6 операцій і пацієнт жив понад сім років і помер у віці 85 років від серцево-судинного захворювання. На момент першої операції хворому було 79 років і в дуже висококваліфікованій клініці йому було відмовлено в операції.

Таким чином, при виборі операції ми повинні керуватися в основному онкологічними міркуваннями, хірург одночасно не повинен забувати про загальний стан хворого, ускладнення основного процесу, супутні захворювання, надмірну вагу тіла, шкідливі звички, медикаментозне лікування, яке з різних причин отримує пацієнт.

Хірург повинен вибирати тип операції, базуючись на хірургічних і онкологічних показах до її виконання. Питання застосування сфінктерозберігаючих операцій повинно вирішуватися індивідуально, виходячи з інтересів комфортного життя (збереження анального сфінктера) і віддалених результатів лікування (забезпечення радикалізму).

Операції на дистальному відділі прямої кишки повинні виконуватися виключно в спеціалізованих онкопроктологічних стаціонарах, де лікарі володіють методами сфінктерозберігаючих операцій а також можуть правильно оцінити ступінь розповсюдження раку на регіонарні лімфатичні вузли і провести лімфаденектомію в оптимальному об'ємі. Що стосується ад'ювантного лікування, то необхідно зважати на те, що раки дистального відділу товстої кишки більше чутливі до променевої терапії, а правої половини і ободової кишки до цитостатичної терапії. Сучасна хіміотерапія включає комбінацію 5-фторурацилу, левомізолу, лейковорину, інтерферону або метатрексату. Така комбінована хіміотерапія дозволяє досягти регресій пухлини в 25 – 40 %.

Клінічні спостереження.

Випадок 1. Хворий З., 64 років звернувся до онколога з приводу наявності крові в калі, зміни форми калу, несправжні позиви на дефекацію, періодичні проноси. Недавно переніс операцію з приводу аденоми простати. При огляді виявлено пухлину в прямій кишці на висоті 5 см (вільно досягається пальцем). Пухлина фіксована в зв'язку з недавно проведеною операцією аденоми передміхурової залози (3 місяці тому в кваліфікованому урологічному закладі). Виникає питання, як могли урологи, оперуючи аденому простати “не зауважити” раку прямої кишки на висоті 5 см від ануса.

Випадок 2. Хвора 51 року тривалий час страждала від нерегулярного стільця: проноси чергувалися з запорами, відсутнє відчуття “повного опорожнення”. Приблизно через 1,5-2 років існування таких симптомів, які періодично зникали і стан нормалізувався, в калі появилася кров. Був поставлений діагноз “дизентерія” і хвора шпиталізована в інфекційну лікарню. Зроблено посіви калу (результат не відомий), проведено ректороманоскопію і назначено лікування, яке виявилось ефективним. Через 2 тижні хвора в доброму стані виписана додому. А через місяць з симптомами кишкової непрохідності доставлена в лікарню швидкої допомоги. Діагностовано неоперабельний рак висхідного відділу товстої кишки і накладено обхідний ілео – трансверзоанастомоз. Далше хвора отримувала паліативну хіміотерапію в онкологічному диспансері. стан хворої покращав і через 6 місяців після початку хіміотерапії виникли сумніви щодо правильності діагнозу, встановленого в ургентному хірургічному відділі. При детальному обстеженні (Rg-скопія, УЗД, фіброколоноскопію виконати було неможливо через післяопераційні деформації кишки) було встановлено діагноз рак висхідного відділу товстої кишки стадія III. Проведено повторну лапаротомію, під час якої метастазів в органах черевної порожнини не виявлено і вдалося провести правобічну геміколонектомію. Післяопераційний діагноз: T3 N0 M0 G2, аденокарцинома.

Резюме:

В даному випадку наявні дві серйозні медичні помилки:

1. терапевтами неправильно оцінений стан хворої і не проведено повністю належного обстеження, в результаті чого встановлено помилковий діагноз “дизентерія”;
2. в ургентному хірургічному відділі хірурги неправильно оцінили можливість радикальної операції і обмежилися симптоматичною ілео – трансверзостомією.

Тільки повільний розвиток пухлинного процесу зробив можливим виправити помилки лікарів і провести радикальне лікування.

Випадок 3. Хворий Н., 34 років став відмічати рідкий стілець і незначні домішки крові в калі. Через 3 місяці звернувся до терапевта районної лікарні, який без детального обстеження поставив діагноз “гастрит” і рекомендував амбулаторне лікування – дієто- і фітотерапію. Ще через 3 місяці кровотечі з прямої кишки посилилися, хворий звернувся до хірурга, був поставлений діагноз “геморой”. З приводу чого хворий був прооперований. Кровотеча не припинилася, кишкова симптоматика наростала (несправжні позиви на дефекацію, рідкий стілець). Через рік після перших симптомів хворий (знову з власної ініціативи) звернувся до онколога. Виявлено рак на висоті 5 см від сфінктеру, пухлина циркулярно розташована з великою виразкою в центрі. Проведено екстирпацію прямої кишки (за Кенью–Майлсом). Післяопераційний діагноз: аденокарцинома прямої кишки – T4 N1 M0 G2. В післяопераційному періоді отримав теле –гама – терапію. Клінічне видужання.

Резюме:

Мають місце декілька грубих помилок:

1. без обстеження терапевт ставить немотивований діагноз “гастрит” і назначає неадекватне лікування;
2. хірург без належного обстеження проводить непотрібну операцію – видалення гемороїдальних вузлів.

На щастя для хворого протягом цих некваліфікованих процедур пухлина не перейшла в інкурабельний стан і онкологи змогли провести радикальну операцію.

Випадок 4. Стосується відомого і досвідченого лікаря, який був переконаний, що у нього виразковий коліт з приводу чого лікувався не тільки у Львові, але і у відомих клініках Москви і Санкт-Петербургу. Лікування проводилося біля 2 років з перемінним успіхом. В світлих проміжках лікар продовжував працювати терапевтом в одній з міських лікарень. Помер доволі раптово з причини кишкової кровотечі. На секції: рак сліпої кишки з величезною виразкою, в центрі якої артерія діаметром біля 2 мм. Коментарі мабуть зайві.

Випадок 5. Стосується також відомого лікаря-онкопроктолога, який не мав жодних симптомів і у якого серед повного здоров'я виникла кишкова непрохідність. Був госпіталізований в ургентну лікарню, де підчас лапаротомії встановлено рак печінкового кута товстої кишки і виконано правобічну геміколонектомію. Після цього лікар жив ще 5 років, працював, вийшов на пенсію і помер від метастазів в печінку.

Резюме:

Безсимптомний перебіг раку товстої кишки, який не був доступний самоаналізу навіть досвідченого хірурга..

Випадок 6. Пацієнтка М., 62 роки. звернулась на обстеження в поліклініку зі скаргами на біль в правій половині живота, періодичний пронос, з приводу чого було виконано рутинні аналізи та УЗД. На УЗД не було виявлено жодної патології, крім заповненого конкрементами жовчного міхура. Пацієнтка була оглянута хірургом та скерована в хірургічний стаціонар, де виконано лапароскопічну холецистектомію. Після операції біль та пронос не зникли і пацієнтка звернулась через 3 місяці в приватний медичний центр на комп'ютерну томографію, яка виявила потовщення стінки висхідного відділу товстої кишки. При подальшій ФКС було діагностовано рак висхідного відділу товстої кишки і пацієнтка згодом перенесла операцію геміколонектомію з приводу раку III стадії та отримала хіміотерапію.

Резюме:

Такої помилки можна було уникнути двічі:

1. пацієнтку можна було скерувати на скринінгову ФКС на момент першого звернення в зв'язку з віком (> 50 років);
2. детальна інтраопераційна ревізія дала б змогу встановити діагноз.

Випадок 7. Демонструє помилку автора при визначенні висоти ураження прямої кишки, що мала значення для вибору методу операції.

Хворий Ц., 40 років. Поступив в хірургічне відділення обласної клінічної лікарні з діагнозом рак прямої кишки ст. II з частинним стенозуванням. При проведенні обстеження автор цих строк, в той час молодий хірург, провів ректороманоскопію, виявив, що пухлина (по ректоскопу) є на рівні 10 см і пройти далі ректоскопом не можливо із – за стенозу. Після відповідної підготовки хворий був взятий на операцію з метою проведення передньої резекції прямої кишки, що дозволяла локалізація пухлини. Оперував шеф. Після лапаротомії хірурги пухлини в животі не виявили. Кличуть молодого колегу, що обстежував хворого для пояснення. Останній на операційному столі проводить пальцеве ректальне дослідження і виявляє пухлину зараз за анусом. План операції міняється. Передня резекція не можлива, треба проводити екстирпацію прямої кишки. Помилка полягала в тому, що не було проведено пальцевого дослідження, а при дослідженні ректороманоскопом при наявності стенозу апарат відтиснув пухлину вгору на 10 см. Від того часу минуло більше 50 років, але цього випадку я ніколи не забуду.

Висновки

1. Частота колоректального раку в нашій країні зумовлює постійне звертання онкопроктологічних хворих до поліклінік загального профілю;
2. Першими медиками, до яких звертаються хворі з симптомами колоректального раку є терапевти, інфекціоністи, хірурги;
3. Хворі з раком правої половини ободової кишки найчастіше потрапляють в хірургічні стаціонари, як ургентні хворі з кишковою непрохідністю;
4. В більшості випадків рак товстої кишки тривалий час протікає безсимптомно або з неспецифічною симптоматикою;
5. Причиною переважної більшості діагностичних помилок є недостатня кваліфікація лікарів загальної лікувальної мережі в питаннях онкології і низька онкологічна настороженість;
6. Найпростішим і дуже важливим методом діагностики раку прямої кишки є ректальне пальцеве дослідження;
7. Планування лікування колоректального раку повинно проходити з участю онколога, при здійсненні оперативного лікування в спеціалізованому онкопроктологічному закладі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алгоритмы современной онкологии / Под ред. И.Б. Щепотина, Г.В. Боднар, В.Л. Ганула. – Київ: Книга плюс, 2002. – 304 с.
2. Балицкая О.В., Билынский Б.Т., Винницкая А.Б. и др. “Справочник по онкологии”. – Київ: Здоров’я, 2000. – 558 с.
3. Б. Білінський. Лікарські помилки в онкології – стара і вічно актуальна проблема // Зб. наук. ст. “Здоровий спосіб життя”. – Вип. 65. – Львів, 2012. – С. 5-10.
4. Сімейна медицина в п’яти томах. Т. 4. Онкологія, акушерство та гінекологія, сексопатологія, проктологія, туберкульоз // Б. Білінський, І. Влох, Є. Заремба та інш. – Київ: Здоров’я, 2011. – 712 с.
5. Онкологія / За ред. Б. Білінського, Ю. Стерника, Я. Шпарика. – Київ: Здоров’я, 2007. – 528 с.
6. Билынский Б.Т., Володько Н.А., Гипп И.Г., Зубарев Г.П., Юк Т.Л., Шпарик Я.В. Этапы формирования групп повышенного риска онкозаболеваниями желудочно – кишечного тракта при массовых профилактических осмотрах на промпредприятиях // Диагностика злокачественных новообразований на догоспитальном этапе. Всесоюзная онкологическая конференция. Тезисы доклада. – Челябинск 28-30 сентября 1988 г. – С.11.
7. Чиссов В.И., Панкова Т.А. Ошибки в диагностике и лечении рака толстой и прямой кишки // Ошибки в клинической онкологии / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга. – М.: Медицина, 1993. – С. 360-378.

ЧАКРА СВАДХІСТХАНА

Вперше у світі даються основні еніоанатомічні характеристики чакри свадхістхани

Ключові слова: свадхістхана; основна чакра; еніоанатомічна норма; значення; гіпотрофія; гіпертрофія; особливості; те, що невідомо про чакру.

Впервые в мире представлены основные эниоанатомические характеристики чакры свадхистханы

Ключевые слова: свадхистхана; основная чакра; эниоанатомическая норма; значение; гипотрофия; гипертрофия; особенности; то, что неизвестно о чакре.

For the first time in the world, enioanatomic characteristics of svadhithana chakra are introduced.

Key words: svadhithana, basic chakra, enioanatomic standard, importance, hypotrophy, hypertrophy, specificity, what is unknown about the chakra

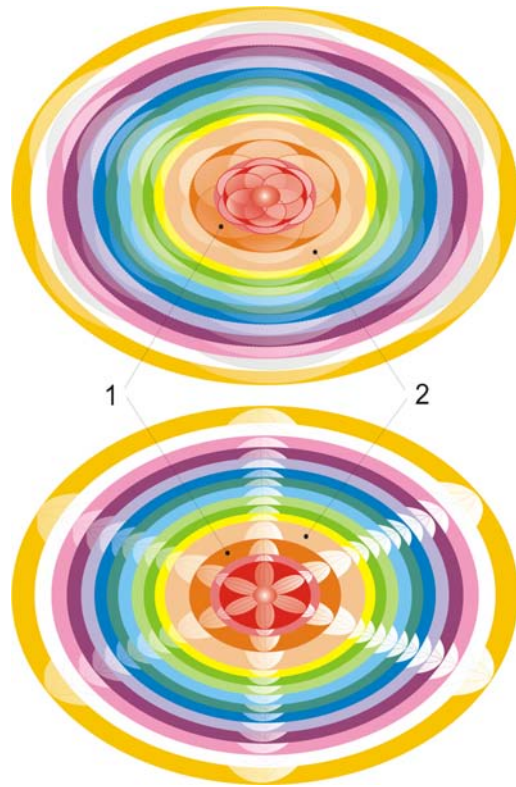
Продовження з випуску 43-66 Здоровий спосіб життя
Збірник наукових статей
З випуску 1-6 Феномен людини. Здоровий спосіб життя

У санскриті чакра свадхістхана означає сва – «те, що є своїм я; те, що належить собі» і дхістхана – «його справжнє місце; дім життєвої сили».

Чакра свадхістхана є сукупністю шестипелюсткових порожнистих конусів, телескопічно розміщених і з'єднаних у єдину багаторівневу структуру тонкоматеріальних тіл (*Мал. 1, 2*).

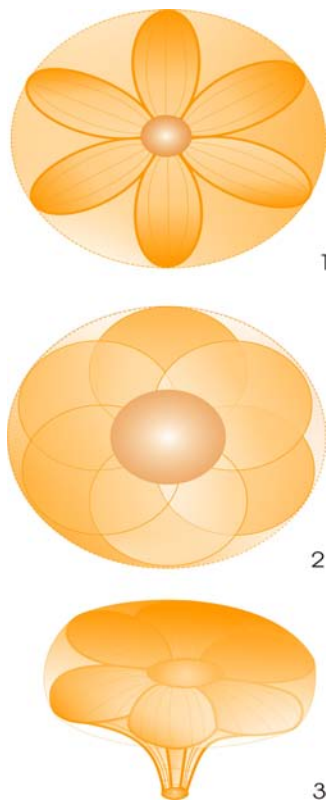
Еніоанатомічна характеристика чакри свадхістхани:

1. За своєю участю в побудові системи каналів відноситься до **основних** чакр тому, що бере участь в будові основи сушумни, у якій утворює середній свадхістханосушумновий сегмент, який огортає муладхаро-сушумновий сегмент. Це є найважливішою анатомічною структурною ознакою, за якою чакру відносять до основних. Мікроканали чакри свадхістхани беруть участь у будові додаткових структур меруданди, іди, пінгали, правого зіркового каналу, лівого зіркового каналу, всіх меридіанів, зокрема меридіану товстого кишечника, тонкого кишечника, шлунка, селезінки-підшлункової залози, сечового міхура, нирок, трьох обігрівачів, жовчного міхура, печінки, заднього серединного і переднього серединного, чакрової автономної свадхістханової системи каналів, чакрової системи, підсистеми і субультрасистеми каналів та мікроканалів.
2. З точки зору функціонального значення відноситься до **основних** чакр тому, що своїм функціонуванням утворює інформаційно-енергетичну основу філогенетичного і онтогенетичного розвитку людини і безперервно доповнює новими інформаціями, мікрочастками, світлом та енергіями морфогенез фізичного тіла та інформаційно-енергетичний генез тонкоматеріальних тіл. Це найважливіша функціональна ознака, за якою чакру відносять до основних. Повна стовідсоткова компенсація функціональних ознак чакри свадхістхани неможлива будь-якою іншою чакрою і навіть найвищими духовними чакрами.
3. З точки зору побудови чакрового конуса вона належить до **сегментарних** чакр. Кожен чакровий конус має 6 пелюсток, цілком чакра має 90 пелюсток (15 x 6). Кожній пелюстці чакрового конуса чакри свадхістхани відповідають звукові вібрації мантр **ВАМ, БХАМ, НАМ, ЯМ, РАМ, ЛАМ** а чакрі в цілому мантра **ВАМ** і вібрація ноти **Ре**.
4. Відповідно до локалізації відноситься до чакр **тазу**. Її вершини локалізуються у жінок в місці проекції дна матки, у чоловіків біля простати, або незалежно від статі – біля верхнього краю симфізу лобкової кістки, чи у будь-якій точці крижової кістки.



Мал. 1. Основи свадхістхани чакри:

1–2 – основні конуси чакри: 1 – оранжевий конус, структура оранжевого тонкоматеріального тіла; 2 – світлосяючий оранжевий конус, структура світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла (вверху – з круглими пелюстками, внизу – з овально-круглими пелюстками).



Мал. 2. Різновидності основи основного конуса свадхістхани чакри:

1 – основа з овальними пелюстками; 2 – основа з круглими пелюстками; 3 – основа з овально-круглими пелюстками.

5. Відповідно до орієнтації основи чакрових конусів чакри у просторі відноситься до фронтально орієнтованих чакр тому, що основи її конусів орієнтовані фронтально, у передній частині чакри спрямовані вперед, а у задній частині до заду.
6. За величиною діаметра розкритого базового внутрішнього (червоного) конуса чакри належить до **великих** чакр тому, що повністю розкритий основний конус має діаметр 6-8 см і більше.
7. За кількістю відноситься до **непарних** чакр тому, що в тонкоматеріальних тілах не існує жодна подібна їй чакра. Це є **комбінована** чакра, бо має дві ідентичні частини – передню і задню.

Чакра розміщена у просторі біля фізичного тіла на рівні крижової частини хребта і являється інформаційно-енергетичною основою для оранжевого (ефірного) тонкоматеріального тіла. Така думка є лише частково вірною тому, що анатомія вказує, що усі чакрові конуси чакри являються інформаційно-енергетичними основами відповідного тонкоматеріального тіла. Вершини чакр не лише утворюють свадхістхано-сушумновий сегмент, але і беруть участь у створенні додаткових структур меруданди, іди, пінгали, правого зіркового каналу, лівого зіркового каналу і меридіанів. У місці перехрещення іди та пінгали знаходиться середній свадхістхановий анастомозний вузол з'єднання, який утворюється сушумною, мерудандою, ідою, пінгалою, вершинами передньої та задньої частин чакри свадхістхани і їх з'єднанням.

Чакра своїми мікроканалами з'єднується з усіма основними, життєвоважливими і з більшістю функціонально забезпечувальних чакр, і тому являється невід'ємною частиною чакрової системи. Її мікроканали утворюють автономну свадхістханову систему мікроканалів. Свадхістханові мікроканали з'єднуються з вихідними сушумновими, мерудандовими, ідовими, пінгаловими, зірковими, оболонковими, меридіановими і чакровими мікроканалами інших чакр, і таким чином беруть участь у створенні інтегральної системи каналів, яка складається з свадхістхано-сушумнової, свадхістхано-мерудандової, свадхістхано-ідової, свадхістхано-пінгалової, свадхістхано-правозіркової, свадхістхано-лівозіркової, свадхістхано-оболонкової, свадхістхано-меридіанової і свадхістхано-чакрових субсистем. Причому треба мати на увазі, що свадхістхано-оболонкових, свадхістхано-меридіанових і свадхістхано-чакрових субсистем є стільки, скільки існує оболонок, меридіанів і чакр. Свадхістханових субультрасистем є стільки, скільки є структур організму і тонкоматеріальних тіл. У кожній свадхістхановій системі здійснюється циркуляція, транспортування, перерозподіл і утворення специфічної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми та субстанцій усіх природних діапазонів електромагнітного спектра.

Чакра складається із двох ідентичних частин – передньої і задньої. Передня частина ділиться на праву і ліву половини (Ігнатенко А.В. 1992, 1998; Barbara Ann Brennan, 1994). Передня і задня частини функціонують як єдина цілісна структура. Вони можуть функціонувати автономно, інтегрально, одночасно, синхронно, в одному або в різних режимах з активністю і пасивністю різних чакрових конусів.

У всесвітній літературі існує думка, що чакра має оранжевий колір. З точки зору анатомії чакри є помилково вважати, що чакра має тільки оранжевий колір і, що у ній переважають інформаційно-енергетичні матерії оранжевого діапазону електромагнітного спектра у відповідному співвідношенні з інформаційно-енергетичними матеріями інших спектральних діапазонів та апани і прани. Оранжевий колір мають лише два її – середні – оранжевий і світлосяючий оранжевий чакрові конуси. Тому вся інформація про чакру свадхістхану, яка є у світовій літературі за інформаційним змістом стосується в більшій мірі оранжевого конуса чакри, і в меншій мірі її світлосяючого оранжевого конуса. Значення інших чакрових конусів досі не було описане.

Елемент чакри – вода; **потреба** – повага до інших, давати і приймати; **основний принцип** – розмножування; **духовний аспект** – самоповага, гордість і гідність; **психічна потреба** – взаємовідносини з людьми; **емоції** – відвертість, дружелюбність, скупість, радість від життя (Ігнатенко А.В., 1992, 1998; Shalila Sharamon, Bodo I. Baginski, 1993; Christine R. Page, 1999).

Чакра являється одним з головних центрів обігу інформаційно-енергетичних матерії в інформаційно-енергетичній системі людини і важливим джерелом первинних, правдивих і

природно чистих інформацій, мікрочасток, світла, енергій, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій, які обумовлюють індивідуальні особливості сексуальних, емоціональних і творчих властивостей людини. Інформаційно-енергетично забезпечує, контролює і керує інформаційно-енергетичними процесами оранжевого і світлосяючого оранжевого тонкоматеріального тіла, крижового і поперекового відділів хребта, органів імунної, статевої і видільної системи, шлунка, тонкого кишечника, товстого кишечника, жовчного міхура, підшлункової залози, шкіри, крові, лімфи, міжклітинної біоплазми, біоплазми клітин, жовчі, слини, травних соків, сперми, всіх рідин організму, крижового сплетіння та їх нервів.

Чакра свадхістхана інформаційно-енергетично, енергоінформаційно і електромагнітно з'єднує людину з другим космічним ефірним світом оранжевого кольору, є основою для ефірного (оранжевого) тіла (Ігнатенко А.В., 1998). Чакра допомагає з'єднанню фізичного тіла з тонкоматеріальними тілами і тонкоматеріальних тіл між собою. Одночасно поглинає і транспортує інформаційно-енергетичні матерії розмноження, емоцій, сексуальних та психічно-інтимних взаємних відносин людей від інформаційно-енергетичних полів Землі і Всесвіту до системи каналів людини, і далі направляє їх до всіх морфологічних структур фізичного тіла, особливо до статевих органів. Посередництвом чакри свадхістхани у людини поглиблюється поєднання матеріального і духовного в єдине ціле.

Еніоанатомічна норма чакри свадхістхани

Розвинута до структурної норми чакра свадхістхана (мал. 1, 2) забезпечує інформаційно-енергетичні процеси усіх органів фізичного тіла, усіх структур тонкоматеріальних тіл, зокрема чакр, сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів і меридіанів необхідними інформаціями, мікрочастками, світлом, енергіями та специфічними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами. Інформаційно-енергетично уможлиблює людині доступ до запліднюючих та інтегральних інформаційно-енергетичних матерії, які проникають скрізь усі форми життя в природі і являються основою усіх форм життя та біологічних організмів. У чоловіків чакра створює і випромінює до простору інформаційно-енергетичні імпульси нового людського життя. У жінок чакра утворює високоспецифічну життєву інформаційно-енергетичну біоплазму нового людського життя, котра поглинає чоловічі інформаційно-енергетичні імпульси нового людського життя, нагромаджує та концентрує у маткових трубах ці дві матерії до стану утворення специфічної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми запліднення, у якій відбувається запліднення і яка забезпечує необхідними інформаціями, мікрочастками, світлом і енергіями процес розвитку нового людського життя у переднатальному періоді. Чакра допомагає фізичному тілу і тонкоматеріальним тілам звільнитися від накопиченої сексуальної інформаційно-енергетичної матерії, яка очищає фізичне і тонкоматеріальні тіла, послабляє внутрішню сексуальну напругу, врівноважує функції не тільки статевих органів, але й усіх анатомо-морфологічних структур організму і оздоровляє фізичне тіло.

Інформаційно-енергетичні матерії, що поглинаються чакрою, впливають на міжлюдські взаємовідносини, особливо різностатеві, характер еротичних проявів, гармонізують сексуально-інтимну ідентичність, що дає можливість синхронізувати, інтерференціювати і поєднувати енергію сексуального збудження чоловіка та жінки. Таким чином, утворюється нова інтегральна високоспецифічна інформаційно-енергетична сексуальна біоплазма, що обумовлює виникнення нового життя і впливає на функціональні, психічні, ментальні, емоціональні, сексуальні і духовні прояви чоловіка та жінки, надає їм можливість відчувати свою сексуальність, істоту чоловічої мужності та істоту жіночності, найвищі фізичні і духовні почуття сексуальної єдності, з'єднатися з сексуальними аспектами духовного Буття, проявляти любов до життя і дати початок новому людському життю.

Під час всебічного, гармонійного та універсального функціонування розкритих чакрових конусів чакри свадхістхани, людина природно з'єднується з інформаційно-енергетичними матеріями життя, з власними духовно-емоційними почуттями, орієнтується на продовження власного, і зародження нового життя, а також збереження всіх форм життя на Землі. Людина

відкрито і радісно спілкується з природою, людьми і з особами протилежної статі. Тільки при такому структурно-функціональному стані чакри, людина здатна відчутти і усвідомити свою єдність з природою, єдність чоловічої та жіночої інформаційно-енергетичної біоплазми, яка допомагає зродити нове життя, а також усвідомити, що гармонія нового людського життя залежить від стану його фізичного і тонкоматеріальних тіл, Душі та інформаційно-енергетичних матерій. Людина відчуває радість, що є здатна зародити нове людське життя, наповнити його новим інформаційно-енергетичним змістом, що може передавати свою любов і радість іншим людям, духовно співпереживати радість інших людей, радість зародження нового життя і будь-якої іншої форми життя в природі. При цьому людина позбавляється негативних емоцій, темних думок, помислів і агресії, є повна любові до життя. У людини можуть розвинути екстрасенсорні властивості, вміння уважно, чутливо і ясно сприймати зовнішнє середовище, природу, емоції людей, психоемоціональну атмосферу окремих людських і тваринних суспільств, суспільства в цілому і небезпечних життєвих ситуацій.

При врівноваженому функціонуванні лівої половини передньої частини чакри людина має можливість сприймати інформації, мікрочастки, світло та енергії для індивідуального, всебічного, збалансованого, цілеспрямованого і гармонійного сексуально-емоціонального розвитку, а також сприймати правдиві і точні знання.

Довготривала інтелектуальна праця, концентрація на ментальних процесах і планування індивідуальної діяльності можуть призвести до блокування правої половини передньої частини чакри свадхістхани, що порушить інформаційно-енергетичні процеси підшлункової залози, наднирників, нирок, статевих органів, їх функцій і проявляється порушенням сексуальних почуттів і сексуальних відносин. Блокади чакрових конусів правої половини чакри можуть бути інформаційно-енергетичною причиною гіпертензії, цукрового діабету, хвороб нирок та гінекологічних хвороб (Ігнатенко А.В., 1992).

Передня частина чакри свадхістхани утворює інформаційно-енергетичну основу прояву любові до протилежної статі. Якщо основи чакрових конусів цієї частини відкриті, то це допомагає обміну інформаційно-енергетичних матерій фізичного і сексуального задоволення між людьми, і допомагає людині відчувати радість від взаємних сексуальних відносин (Barbara Ann Brennan, 1994).

Задня частина чакри свадхістхани накопичує сексуальну інформаційно-енергетичну матерію. Якщо основи чакрових конусів цієї частини розкриті, людина відчуває свій сексуальний потенціал. Якщо чакрові конуси задньої частини чакри заблоковані, сексуальний потенціал людини слабкий, не виникають сильні сексуальні почуття, тому людина уникає сексуальних відносин (Barbara Ann Brennan, 1994).

Без всебічного, гармонійного, збалансованого і універсального розвитку, оптимально врівноваженого функціонування різних функціональних режимів чакрових конусів чакри свадхістхани не можливо створити високоспецифічну життєву інформаційно-енергетичну біоплазму нового високодуховного людського життя, яка б мала інформаційний зміст всебічної і гармонійної єдності матеріального і духовного, людського, земного, космічного і божественного з минулого, теперішнього і майбутнього у зародженому житті людини.

Гіпотрофія і гіпофункція чакри свадхістхани

Гіпотрофія і гіпофункція чакри свадхістхани проявляється сповільненим структурно-функціональним розвитком, структурною атрофією, деформацією формоструктури, функціональними порушеннями, функціональною недостатністю, енергоінформаційними блокадами, частим закриванням основ чакрових конусів, функціональною недостатністю інформацій, мікрочасток, світла, енергії, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій у внутрішньоконусових сітках субультраканалів і в порожнинах чакрових конусів та тривалим інформаційно-енергетичним виснаженням тіл людини. При цьому сповільнюється морфогенез фізичного тіла, формується слабке фізичне тіло, особливо статеві органи та органи виділення; людина перебуває у стані інформаційно-енергетичної нерівноваженості, не отримує інформаційно-енергетичні матерії для активного безумовного прояву любові до людей, тварин, природи, для проявлення емоціонально-сексуальних емоцій

при сексуальних відносинах з протилежною статтю, для створення нового людського життя і творчої діяльності. Гіпотрофія і гіпофункція на фізичному рівні спричиняє хвороби крові, лімфи, біохімічні порушення в жовчі, сечі, слині, спермі, секретах залоз внутрішньої секреції, структурно-функціональні порушення органів видільної системи, статевої та імунної системи, шлунка, тонкого і товстого кишечника, крижового і поперекового відділів хребта та ін. Організм починає бути схильним до різних розладів кишечника (порушення моторики, болі у черевній порожнині, метеоризм, печія, ікота, позиви до блювання, диспептичні явища, порушення мікрофлори кишечника, атонія, діарея, здуття та ін.), менструального циклу (передменструальний синдром, менструальні кровотечі, аменорея), до пухлинних захворювань матки, ендометріозів, кистозу яєчників, фригідності, до хвороб яєчок, простати, імпотенції у чоловіків, анемії, гіпертензії, цукрового діабету, анурії, поліурії і до інфекційних хвороб. Виникають значні порушення у сексуальній сфері життя людини, дисгармонії у сексуальних стосунках, які в окремих випадках зовсім припиняються (стають неможливими), втрачається можливість зачаття нового людського життя. Чакра не може випромінювати у зовнішнє середовище і не може поглинати із зовнішнього середовища інформаційно-енергетичні матерії емоційно-сексуальних почуттів та імпульсів для зродження нового людського життя.

Інформаційно-енергетичні блокади чакри і блокади у чакрі на психічному рівні проявляються страхом у людей, категоричною відмовою від сексуально-інтимних відносин, переоцінкою сексуальних емоцій, небажанням зустрічатися і спілкуватися з людьми, розвитком емоційальної несумісності і нетерпимості, ізольованості, відчуження і поступовою втратою радості від життя. Можуть розвиватися ненормальні і домінантні сексуальні стосунки, емоції, фантазії і сексуальні бажання, над якими людина часто втрачає контроль. Якщо ж людина вступає у сексуальні відношення, то вони характеризуються грубістю, насиллям, неповагою до партнера, бажанням задовільнити лише власну потребу, ігноруванням потреби партнера, небажанням зрозуміти і відчувати сексуально-емоційальні прояви партнера. У випадку, коли людина прагне до гармонії в сексуальних стосунках, вона не може зрозуміти, що причина відсутності гармонії є у ній самій. Усвідомлення блокується структурно-функціональною патологією чакри свадхістхани та унеможливується відсутністю в ній інформаційно-енергетичних матерії емоційно-сексуальних почуттів.

В інформаційно-енергетичному потенціалі людини порушується збалансованість інформаційно-енергетичних матерії інь і ян (jin і jang).

Функціональна недостатність чакри свадхістхани найчастіше виникає у дитинстві і поглиблюється в пубертальному періоді розвитку людини. Це пояснюється помилками сексуально-емоційального виховання дитини, неврівноваженим розвитком органів статевої системи і структур статевих органів фізичного тіла і тонкоматеріальних тіл. Нерозуміння сексуально-емоційальних проявів дитини батьками і вихователями, відсутність певної відповідної інформаційно-енергетичної чакрової стимуляції, любові і ніжності можуть сповільнити розвиток чакри свадхістхани, порушити її всебічний, гармонійний і універсальний розвиток, спричинити односторонній домінуючий розвиток, виникнення блоkad і закриття чакрових конусів чакри в дорослому віці.

Посилена інформаційно-енергетична стимуляція чакри при її недостатній структурно-функціональній рівновазі і при домінуючому розвитку окремих чакрових конусів супроводжується тим, що людина може проявляти агресію, маніпулювати міжлюдськими, інтимними і сексуальними відносинами, а також перебільшеною увагою до себе, своїх потреб, почуттів, інтересів, особливо емоційно-сексуальних.

Гіпертрофія і гіперфункція чакри свадхістхани

Гіпертрофія і гіперфункція чакри свадхістхани проявляються прискореним структурно-функціональним розвитком, функціональними порушеннями, довготривалою функціональною активністю, дисфункціями, домінуючим функціонуванням, частим, цілком непотрібним, повним розкриттям основ чакрових конусів, надлишком інформацій, мікрочасток, світла, енергії, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій у внутрішньо-конусових сітках субультраканалів та в порожнинах чакрових конусів. Це може

призвести до сповільненого переходу чакрових конусів чакри з одного до іншого функціонального стану, сповільнення інформаційно-енергетичних процесів в чакрових конусах з одночасним підвищенням інформаційно-енергетичної нечутливості і на кінець до самозаблокування і самодеструкції окремих структур чакри і їх чакрових конусів. При цьому прискорюється морфогенез фізичного тіла, формується сильне фізичне тіло, передчасний статевий розвиток, передчасне бажання мати сексуальні відносини без усвідомлювання соціальних наслідків і наслідків для здоров'я, невідповідність сексуально-емоціональних проявів із соціальним статусом людини та виникнення сексуальної агресії, насильницького домагання сексуальних стосунків, сексуальної нервозності, емоціонального напруження і конфліктів. Дитина перебуває у стані посиленого інформаційно-енергетичного забезпечення інформаційно-енергетичними матеріями сексуально-емоціонального характеру, є активною, енергійною і невтомною. Такі діти потребують особливого, індивідуального і толерантного виховання. У них часто виникає конфлікт між власною свідомістю, сексуальним потягом, бажанням і можливістю реалізації сексуальних стосунків. Довготривале перебування чакри у гіпертрофічному і гіперфункціональному стані створює інформаційно-енергетичну основу психо-емоціональної орієнтації людини на задоволення своїх сексуальних почуттів, уявлень, мрій і бажань, підштовхує людину до частих сексуальних стосунків, що може супроводжуватись відповідними особистими проблемами із здоров'ям, психічними і соціальними проблемами і у відношеннях з людьми, суспільством, в колективі і в сім'ї.

На функції чакри свадхістхани мають сильний вплив чакри муладхара, вішудха і аджна. Чакри свадхістхана і муладхара часто функціонують синхронно і одночасно забезпечують інформаційно-енергетичними матеріями функціональні процеси та життєздатність одних і тих самих органів і частин тіла (Choa Kok Sui, 1996). Чакра свадхістхана є безпосередньо зв'язана з чакрою аджною (Shalila Sharamon, Bodo I. Baginski, 1993). Чакра свадхістхана і вішудха взаємно проявляються у творчих процесах. Тому потенціал чакри вішудхи часто використовується для розблокування чакри свадхістхани (Christine R. Page, 1999). Функціональна недостатність чакри муладхари, вішудхи і аджни може проявлятися функціональною слабкістю чакри свадхістхани (Choa Kok Sui, 1996). Без всебічного розвитку, оптимально врівноваженого і гармонійного функціонування чакри свадхістхани і муладхари неможливий всебічний, збалансований, гармонійний та універсальний розвиток всіх інших основних чакр, особливо тріади вищих духовних чакр і високодуховний розвиток людини. Ці функціональні взаємозалежності є вірні, але пояснюють лише малу кількість функціональних взаємозалежностей. Анатомія взаємних з'єднань чакр свідчить про те, що будь-яка із основних і більшість життєво важливих і локальних функціонально забезпечувальних чакр можуть перебувати у будь-яких незчисленних однорівневих і багаторівневих функціональних взаємозалежностях.

Особливості чакри свадхістхани

Особливості чакри свадхістхани властиві тільки їй, не можуть спостерігатися в будь-якій іншій чакрі і не можуть компенсуватися жодною іншою чакрою.

До них відносяться:

- структурно-функціональна гармонія чакри обумовлює сексуально-емоціональну гармонію, гармонію сексуальних почуттів і гармонію сексуальних відносин;
- інформаційно-енергетично поєднує людину із інформаційно-енергетичними матеріями життя;
- є центром сприйняття первинних, правдивих і природно чистих інформацій, мікрочасток, світла, енергій, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій, які обумовлюють індивідуальні особливості сексуальних, емоційних і творчих властивостей людини;
- випромінює до простору інформаційно-енергетичні імпульси нового людського життя та інформаційно-енергетичної біоплазми емоціонально-сексуального характеру, які уможливають сексуальну орієнтацію з вибором найкращих батьків для майбутніх дітей;

- звільнює з фізичного тіла і тонкоматеріальних тіл інформаційно-енергетичні матерії емоціонально-сексуального характеру;
- створює високоспецифічну життєву інформаційно-енергетичну біоплазму нового людського життя;
- в материнському організмі створює високоспецифічну життєву інформаційно-енергетичну біоплазму, котра сприймає чоловічі інформаційно-енергетичні імпульси нового людського життя;
- інтегрує інформаційно-енергетичні біоплазми сексуального збудження чоловіка та жінки, що уможлиблює утворення високоспецифічної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми нового людського життя та гармонійних емоціонально-сексуальних відносин між людьми.

Те, що невідомо про чакру свадхістхану

Те, що невідомо про чакру свадхістхану:

- яке значення має червоний, світлосяючий червоний, світлосяючий оранжевий, жовтий, зелений, світлосяючий зелений, блакитний, бірюзовий, синій, бузковий, фіолетовий, рожевий, білий та золотий чакрові конуси для людини, її тіл, виховання, навчання, розвитку, вдосконалення її властивостей, особливостей, здібностей, функцій та функціональних можливостей для лікування, регенерації, реабілітації і рекондиції, особливо для статевих органів, прояву емоціонально-сексуальних почуттів, сексуальних відносин між людьми і для наповнення новим інформаційним змістом високоспецифічної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми нового людського життя;
- функції і функціональні можливості червоного, світлосяючого червоного, світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого та золотого чакрових конусів;
- співвідношення інформацій, мікрочасток, світла та енергій у високоспецифічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах нового людського життя, розташованих в порожнинах чакрових конусів і в субультраканалах внутрішньоконусових сіток чакри;
- як інформаційний обсяг сексуальної ідентичності високоспецифічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм чакрових конусів чакри обумовлює, впливає і визначає їх режими функціонування і функціонування чакрових конусів інших чакр;
- які існують варіанти залежності між чакрами при проявах відповідних функцій органів фізичного тіла, структур тонкоматеріальних тіл і людини загалом.

Все, що є невідомо про основні чакри може стосуватися будь-якої іншої чакри. Щоб можна було зрозуміти те, що ще невідомо про окрему чакру, необхідно усвідомити все те, що стосується одної чакри, а також те, що стосується усіх чакр.

Пізнання цього принесе нові інформації про еніоанатомію, еніопсихологію і про тонкоматеріальну суть людини, необмежені можливості створення нових технологій, методів і засобів поєднання виховання, навчання, розвитку, вдосконалення, гармонізації, лікування, регенерації та реабілітації людини, що дасть можливість досягнути такого рівня пізнання людини, який уможливить пізнати інформаційні, енергетичні, інформаційно-енергетичні, енергоінформаційні і електромагнітні механізми виникнення, прояву, розвитку і вдосконалення нового людського життя, людської емоціонально-сексуальної сфери, значення емоціонально-сексуальних інформаційно-енергетичних матерій для життя, суті Світу і Творця.

Продовження у випуску 8

ЛІТЕРАТУРА

1. **Васильчук А. Л.** Функціональна анатомія чакр. - Львів.: Каменяр, 2003. – 208 с., з іл.
2. **Васильчук А. Л.** Атлас функціональної анатомії тонкоматеріальних тіл людини.– Львів.: „Каменяр”, 2003. – 648 с. з іл.

3. **Васильчук А. Л.** Розвиток чакр у переднатальному та постнатальному періодах онтогенезу людини // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. Вип. 7. - Львів, 2005, С. 18-24.
4. **Васильчик А.Л.** Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. / Ред. – Ю.М. Панишко. – Львів, Вип. 43-66. 2009-2012 р.
5. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomie jemnohmotných těl člověka. – Skalica: Elena Mikúšová MM, 2009. – 1 144 s.: il.
6. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomický výkladový slovník – Skalica: MM a spol., s.r o., 2012 r.–1 592 s.

I. О. МАКАГОНОВ ,О. М. ВЕРГУН РЕЖИМИ КОМБІНОВАНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ

В огляді наведені різні режими комбінованої гормональної контрацепції висвітлені напрямки розвитку гормональної контрацепції. Представлені сучасні препарати.

Ключові слова: комбіновані оральні контрацептиви, режими використання контрацептивів, жінки.

В обзоре приведены разные режимы комбинированной гормональной контрацепции. Показаны направления развития гормональной контрацепции. Представлены современные препараты.

Ключевые слова: комбинированные оральные контрацептивы, режимы использования, женщины.

The review describes the various modes of combination hormonal contraceptives. Highlight of areas of hormonal contraception. Presented modern drugs.

Key words: combined oral contraceptives, modes using contraceptives, women.

Нагальною проблемою охорони здоров'я із соціальним звучанням, яка залишається актуальною і дотепер в Україні та за її межами, є проблема планування сім'ї та репродуктивного здоров'я населення. В останні роки в Україні відзначається погіршення стану репродуктивного здоров'я жінок, а основними причинами такої негативної тенденції є високий рівень небажаної вагітності, більш ранній початок статевого життя з частою зміною статевих партнерів [1,2]. Міжнародний досвід планування сім'ї та регуляції народжуваності свідчить про те, що використання сучасних контрацептивів є ефективним механізмом збереження репродуктивного здоров'я жінки . Кількість жінок, які застосовують гормональні методи контрацепції з кожним роком зростає. За даними ВООЗ в усьому світі такою контрацепцією користуються більше ніж 150 млн. жінок [10], що становить майже 25% жінок репродуктивного віку.

Мета роботи. На основі даних літератури і власних спостережень висвітлити переваги та недоліки циклічного та пролонгованого режимів використання комбінованих оральних контрацептивів.

Комбінована оральна контрацепція – вид гормональної контрацепції, який передбачає циклічний оральний прийом препаратів, які містять естрогени та різні прогестагени. Препарати даної групи увійшли в клінічну практику півстоліття тому. Гормональна контрацепція розвивалася таким чином, що з метою підвищення безпеки препаратів, зменшення побічних дій, мінімізації ризику ускладнень зі сторони серцево-судинної

системи, зменшувалася доза етінілестрадіолу до 35-20 мкг та з'являлися нові гестагени зі зниженою андрогенною активністю, антиандрогенним й антимінералкортикоїдним ефектами. За цей час були не тільки створені нові гормональні компоненти, які розрізняються за фармакологічними і клінічними властивостями, але також апробовані різні режими використання лікувальних засобів. **Стандартний контрацептивний режим 21+7**, при якому комбіновані гормональні контрацептиви використовують протягом 21 дня з подальшою семиденною перервою, забезпечують достатній контрацептивний ефект та менструальноподібну реакцію. У разі використання цих засобів індекс Перля (число небажаних вагітностей у 100 жінок, які використовували один із методів контрацепції протягом 12 місяців), коливається від 0,01 до 0,8. Пероральні комбіновані контрацептиви рекомендують приймати у перші 5 днів менструального циклу по 1 таблетці щоденно протягом 21 дня в один і той самий час після їжі з подальшою семиденною перервою. Початок прийому кожної наступної упаковки визначається закінченням цього інтервалу, незалежно від дня менструального циклу. Прийом комбінованих оральних контрацептивів у стандартному режимі забезпечує надійний контрацептивний захист також під час семиденної перерви, незважаючи на те, що вміст активних компонентів комбінованих гормональних контрацептивів у крові на цей час знижується у зв'язку з коротким періодом їх напіврозпаду. Через 2-3 дні після прийому останньої таблетки етінілестрадіол і прогестаген не визначаються у плазмі крові. Таким чином, упродовж 4-5 днів, які залишилися, підвищується продукція гіпофізом фолікулостимулюючого гормону. Відповідно відбувається стимуляція яєчників; починається ріст і розвиток фолікулу. Такі процеси відбувалися в 25-90% циклів у жінок, які отримували низько- та мікродозовані комбіновані гормональні контрацептиви [4]. Підвищення синтезу фолікулостимулюючого гормону детермінує ріст фолікулів у яєчниках та продукцію ендogenous естрадіолу. Секреція ендogenous естрадіолу, в свою чергу, супроводжується такими розповсюдженими побічними ефектами, як нудота, затримка рідини в організмі, головний біль, зміна настрою [11]. Після закінчення семиденного інтервалу з початку прийому «активних» таблеток продукція фолікулостимулюючого гормону пригнічується і подальший розвиток фолікулу припиняється. Відповідно відбувається зниження вмісту естрадіолу в крові, що може призвести до появи міжменструальних кров'янистих виділень із статевих шляхів. Більше того, оваріальна стимуляція створює потенційний ризик зниження контрацептивного ефекту низькодозованих комбінованих гормональних контрацептивів. У реальному житті жінки часто пропускають прийом таблеток, особливо на початку чергової упаковки, що призводить до зростання частоти похибки методу і підвищення індексу Перля.

Режим для відтермінування менструальноподібної кровотечі (21+n)+7 передбачає прийом декількох таблеток з наступної упаковки монофазного комбінованого орального контрацептиву без семиденної перерви. Кількість таблеток відповідає тривалості періоду, на який необхідно відтермінувати початок менструальних виділень. При використанні трифазних препаратів із другої упаковки використовують тільки таблетки «третьої фази» Приймати повністю другу упаковку трифазного комбінованого орального контрацептиву не можна, тому що зниження рівня гормонів може призвести до появи кров'янистих виділень. Крім того, можливий ріст фолікула й овуляція. Слід пам'ятати, що в комбінованих оральних контрацептивах, які мають 28 таблеток, останні сім не містять гормони. **«Трициклічний» (пролонгований) режим** прийому комбінованих оральних контрацептивів вперше був описаний 20 років тому. Перше дослідження «трициклічного» режиму було проведено з використанням комбінованого орального контрацептиву, який містить 50 мкг етінілестрадіолу [7]. Після прийому 63-ої таблетки у безперервному режимі,

жінкам було запропоновано зробити семиденну перерву, під час якої наступила менструальноподібна реакція. Незважаючи на високий вміст естрогенів у препараті, який досліджували, новий режим прийому комбінованого орального контрацептиву виявився прийнятним, а спосіб був визнаний успішним [7]. Деякі прихильники пролонгованого режиму стверджують, що менструальноподібна реакція на тлі прийому комбінованих оральних контрацептивів не є необхідною [4,6]. Під час прийому комбінованих оральних контрацептивів проліферативна активність ендометрію є незначною, що не потребує щомісячної десквамації [3]. Незважаючи на те, що прийом комбінованих оральних контрацептивів за стандартною схемою 21+7 нагадує менструальний цикл, кровотеча відміни є реакцією, яка викликана перервою у прийомі препарату і не має фізіологічного обґрунтування. Більшість пацієнок позитивно відноситься до наявності більш рідких епізодів менструації. Майже 70% опитаних жінок у віці від 15 до 49 років воліють мати менструацію не частіше ніж 1 раз на 3 місяці [11]. Крім того, прийом комбінованих оральних контрацептивів у пролонгованому режимі позитивно впливає на якість життя жінок, сприяє зниженню кількості днів тимчасової втрати працездатності, оптимізує час настання менструальноподібної реакції [7]. Пролонгований режим може мати «трициклічну» або іншу ремісію використання комбінованих контрацептивів без перерви більш ніж 21 день (пропонуються схеми 42+7; 126+7). Не дивлячись на існуючі суперечності у даному питанні, схеми тривалого дозування протизаплідних засобів широко використовуються сучасними жінками [8,10]. Такий режим призводить до вираженої супресії активності яєчників і меншої імовірності овуляції. Застосовується пролонгований режим прийому препаратів переважно за медичними показами: при передменструальному синдромі, синдромі полікістозних яєчників, ендометріозі, лейоміомі, залізодефіцитній анемії; у жінок з менорагією; при одночасному вживанні препаратів, які знижують ефективність комбінованих оральних контрацептивів [5,12]; перед оперативними втручаннями. Відношення до менструацій у жінок складалося протягом століть. Багато жінок воліють приймати комбіновані оральні контрацептиви у режимі, який забезпечує щомісячну менструальноподібну реакцію. O'Grady відзначає, що менструація є природний процес, функції якого не лімітуються тільки можливістю настання вагітності [9]. Не можна обійти увагою такий симптом, як мажучі кров'яні виділення, що відмічаються на тлі прийому комбінованих оральних контрацептивів у пролонгованому режимі. З метою зменшення ризику «кровотеч прориву», при виборі препарату перевагу потрібно надавати комбінаціям, у склад яких входить більш надійний гестагенний компонент (комбіновані оральні контрацептиви третього покоління). Ми вважаємо, що пацієнткам, яким призначають комбіновані оральні контрацептиви вперше, краще рекомендувати протягом першого півріччя їх прийом по стандартній схемі 21+7, і лише потім, при наявності медичних показів або бажання пацієнтки, переходити на пролонгований режим. У режимі 24+4 використовується комбінований контрацептив «Джаз» («Bayer Schering Pharma AG» Німеччина). Цей режим поєднує переваги стандартного і пролонгованого режимів. Блістер препарату має 24 «активні» таблетки та 4 таблетки плацебо. Після закінчення прийому упаковки кожна наступна використовується без перерви. Збільшення кількості днів прийому «активних» таблеток призводить до зниження стимуляції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи й відсутності проявів передменструальної симптоматики під час перерви у прийомі препарату [13]. Вважаємо, що остаточно вирішити проблему прийнятності пролонгованого режиму прийому комбінованих оральних контрацептивів можливо тільки за умов накопичення достатньої бази даних щодо метаболічних ефектів подібної схеми та віддалених наслідків її застосування. Препарат Клайра відноситься до комбінованих

оральних контрацептивів з новим естрогенним компонентом. Режим прийому препарату складається з чотирьох фаз. 26 днів прийому активних таблеток плюс дві таблетки плацебо, що у цілому складає 28-денний курс. Перші дві таблетки містять 3 мг естрадіолу валерату для первинного впливу на ендометрій. Наступні п'ять таблеток містять 2 мг естрадіолу валерату та 2 мг діеногесту, потім застосовується 17 таблеток, які містять 2 мг естрадіолу валерату і 3 мг діеногесту. Останні «активні» дві таблетки з 1 мг естрадіолу валерату та дві таблетки плацебо. Таким чином, доза естрогену поступово знижується, а доза прогестину зростає. Такий інноваційний режим дозування отримав назву «режим динамічних дозувань» Цим препаратом можуть користуватися жінки, які приймали комбіновані оральні контрацептиви у стандартному режимі та мають скарги на симптоми відміни естрогенів (головні болі, зміна настрою, тазові болі). На нашу думку, вибір препарату має бути індивідуальним у кожному конкретному випадку з урахуванням неконтрацептивних ефектів засобу, а також конституціональних особливостей пацієнток. Домінуючим аспектом у виборі режиму застосування комбінованого орального контрацептиву (циклічного або пролонгованого) має бути мета лікаря (контрацепція або лікування ендокринної гінекологічної патології) і бажання пацієнтки.

Висновки 1) Еволюція гормональної контрацепції розвивається в таких напрямках : розробка нових режимів застосування і форм введення гормонів у жіночий організм; відкриття нових прогестинів.; зниження дози естрогенного компонента; розробка нових естрадіол-вмісних комбінованих оральних контрацептивів. 2) Ми вважаємо, що для контрацепції найбільш прийнятним є стандартний режим 21+7. Пролонгований режим комбінованих оральних контрацептивів можна рекомендувати з лікувальною метою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Блюменталь П. Макинтош П. Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции НРИЕГО Балтимор 2005. – 217с.
2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Жаров Е.В. Гормональная контрацепция и здоровье женщины. – М.: МЕДПресс-информ, 2006.
3. Clarke A. K., Miller S.J. // Ann. Pharmacother.-2001.-Vol.35.-P.1480-1484
4. Couthino E. M., Segal S.J. Is menstruation obsolete? - New York: Oxford University Press, 1999.-P. 38-41
5. Foidart J.-M. et al. // Contraception.-2006.-Vol.62.-P.277-284
6. Kaunitz A.M. // Contraception.-2000.-Vol.62.-P.277-284
7. Loudon N.B. et al. // BMJ.-1977.-Vol.2.-P.487-490.
8. Milan R., Henzl., M.L. Polan. Avoiding Menstruation. J.Reprod.Med.2003 49 (3): 162-174.
9. O'Grady K. Is menstruation obsolete? <http://www.third-space.ca/articles/ogrady.htm>
10. Thoman S., Ellerton C. Nuisance or natural and healthy should monthly menstruation be optional for women? // Lancet.-2000, 355- 922-924.
11. Sulak P. et al. // Obstet.Gynecol.-2000.-Vol.95,-P.261-266
12. Wiegratz I. et al. // Women's Health.-2006.-Vol.2 № 5.-P.705-716
13. Willis S. .A. et al. // Contraception.-2006-Vol 74 №2-P100-103

НЕВРОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ЦИСТИЦЕРКОЗУ

У статті розглянуто різні аспекти (клінічні, діагностичні, лікувальні) неврологічних проявів цистицеркозу – захворювання, з яким сучасні лікарі недостатньо ознайомлені.

Ключові слова: цистицеркоз, неврологічні прояви, клінічна картина, діагностика, лікування

В статье рассмотрены разные аспекты (клинические, диагностические, лечебные) неврологических проявлений цистицеркоза – заболевания, с которым современные врачи недостаточно знакомы.

Ключевые слова: цистицеркоз, неврологические проявления, клиническая картина, диагностика, лечение

The article considers different facets (clinical, diagnostic and therapeutic ones) of the neurological manifestations in cysticercosis – disease, with which modern physicians are not very familiar.

Key words: cysticercosis, neurological manifestations, clinical picture, diagnostics, management

Нейроцистицеркоз (НЦ) – найпоширеніше гельмінтне захворювання нервової системи, що становить загрозу для мільйонів людей. В ендемічних регіонах (Латинська Америка, Африка, Азія) він є провідною причиною госпіталізацій і серйозним чинником розвитку набутої епілепсії. Масивна міграція людей у неендемічні ареали викликала недавнє зростання частоти НЦ в Північній Америці і деяких європейських країнах, де раніше такий стан вважався казуїстикою. Унаслідок цього захворювання щорічно помирає понад 50 000 людей, а багато пацієнтів, які вижили, стають позитивними інвалідами. Усе це робить хворобу серйозним викликом для системи охорони здоров'я, завданням якої має стати викоренення цієї патології протягом наступних десятиліть.

Цистицеркоз виникає, коли людина стає проміжним господарем у життєвому циклі свинячого ціп'яка *Taenia solium* після поглинання його яєць із забрудненою водою чи їжею або при неадекватних гігієнічних процедурах (митті рук). Яйця у кишківнику перетворюються на онкосфери. Останні долають стінку травного каналу, потрапляють у кровоплин і розносяться у тканини, де розвиваються в личинки (власне, цистицерки). Головними органами-мішенями при цистицеркозі є очі, скелетні м'язи і нервова система. В останній личинки відкладаються переважно в паренхімі головного мозку, субарахноїдальному просторі, шлуночках або спинному мозку.

Цистицерки – це міхурці, що складаються із двох частин – міхурцевої стінки і сколекса. Останній за структурою дуже нагадує дорослу особину свинячого ціп'яка, включаючи присоски і гачки. Макроскопічний вигляд личинок коливається залежно від локалізації у нервовій системі. Цисти в паренхімі головного мозку сягають максимум 20 мм і формуються в корі або базальних гангліях – зонах інтенсивного кровопостачання. Цистицерки субарахноїдального простору можуть розміщуватися у борознах або цистернах на основі черепа. Хоча паразити, розміщені на поверхні кори, невеликі, личинки в лікворних цистернах сягають у розмірах до 5 см і більше. У деяких представників сколекса

не виявляють узагалі, і вони утворені лише кількома оболонками, прикріпленими одна до одної. Шлуночкові цисти мають різні розміри, можуть обходитися без сколекса, прикріплюватися до судинного сплетення або вільно плавати у порожнині шлуночка. Іншими зонами розміщення цистицерків у нервовій системі є субдуральний простір, турецьке сідло і спинний мозок.

Після проникнення в нервову паренхіму збудники викликають слабу запальну реакцію в навколишніх тканинах. На цій стадії в паразитів виявляють міхурцеву рідину і нормальний сколекс. Личинки можуть залишатися життєздатними роками або внаслідок комплексної імунної атаки зазнавати дегенерації з подальшою загибеллю. Перша стадія інволюції цистицерків – колоїдна, коли рідина в міхурці загусає, а сколекс піддається дегенерації. При цьому вони оточені товстою колагеновою капсулою, а в навколишній паренхімі мозку виявляють астроцитарний гліоз і дифузний набряк. Опісля стінка цисти потовщується, а сколекс трансформується в шорсткі мінералізовані гранули (гранулярна стадія). Нарешті, в останній стадії (кальцифікації) залишки паразита нагадують мінералізований вузол. Коли цистицерк входить у гранулярну стадію і стадію кальцифікації, набряк зникає, але перифокальні астроцитарні зміни наростають.

Якщо збудник потрапляє в мозкові оболонки, він викликає сильну запальну реакцію в субарахноїдальному просторі з формуванням щільних ексудатів, утворених колагеновими волокнами, лімфоцитами, багатоядерними гігантськими клітинами і гіалінованими паразитарними оболонками, унаслідок чого розвиваються патологічні лептоменінгеальні потовщення. Цей ексудат також ізольовує зоровий перехрест і черепномозкові нерви. Унаслідок потовщення мозкових оболонок блокуються отвори Мажанді і Люшка, що призводить до гідроцефалії. Невеликі пенетруючі артерії, що відходять від валлізієвого кола, також уражаються запальним процесом з подальшою їх оклюзією і формуванням інфарктів мозку. Шлуночкові цисти спричиняють запальну реакцію, якщо вони прикріплені до судинного сплетення або стінки шлуночка. При цьому епендимальний вистил руйнується, а самі епендімоцити заміщуються гліальними клітинами, котрі сприяють оклюзії лікворовідтоку, особливо в ділянках отворів Монро чи водопроводу.

Клінічні ознаки НЦ досить поліморфні внаслідок індивідуальної різниці у кількості та локалізації уражень нервової системи. Найпоширенішим проявом (у 70%) захворювання є судомні напади – переважно тоніко-клонічні чи прості парціальні, інколи складні парціальні. При цьому також відзначають вогнищеві неврологічні симптоми, котрі зазвичай мають підгострий та хронічний перебіг, що нагадує пухлину головного мозку. Разом з тим, у деяких пацієнтів наявні гостро виниклі ознаки ураження ЦНС унаслідок розвитку гострого цереброваскулярного епізоду. Ще інші хворі мають внутрішньочерепну гіпертензію, котра асоціюється із судомами, деменцією та фокальними симптомами. Гідроцефалія внаслідок арахноїдиту, гранулярного епендиміту чи шлуночкових цист залишається найпоширенішою причиною названого синдрому. Це ж стосується і гігантських кіст та цистицеркового енцефаліту. Останній є наслідком масивної інфекції паразитами, що викликає сильну імунну реакцію з боку господаря. Хворі з цистицерковим ураженням турецького сідла мають офтальмологічні та ендокринні розлади, близькі до тих, які виявляють при пухлинах гіпофіза. Цистицеркоз спинного мозку проявляється радикалярними болями та гетерогенними моторно-сенсорними порушеннями, залежними від рівня ураження. Інфікування паразитами очей спричиняє погіршення гостроти зору або дефекти зорових полів. Масивне поширення збудника у посмугованих м'язах може викликати генералізовану слабкість, асоційовану із прогресуючим їх збільшенням.

Верифікація НЦ – виклик для клініциста. Разом з тим гіпо- та гіпердіагностика наявна в більшості досліджень, присвячених визначенню поширеності цього розладу в певних популяціях. Діагностичні труднощі можуть бути в госпіталізованих хворих, що зазнали складних діагностичних процедур унаслідок низької специфічності певних методів нейровізуалізації і наявності хибно-позитивних та хибно-негативних результатів багатьох імунологічних досліджень. Недавно запропоновано набір діагностичних критеріїв для об'єктивної оцінки клінічних, радіологічних, імунологічних та епідеміологічних даних, які ґрунтуються на двох ступенях діагностичної точності (табл. 1). Їх адекватне застосування дозволить лікарям уникнути численних діагностичних пасток.

Таблиця 1

Запропоновані діагностичні критерії НЦ (Адаптовано з Del Brutto et al.)

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ
Абсолютні критерії
<ol style="list-style-type: none"> 1. Гістологічна демонстрація паразита при біопсії головного або спинного мозку. 2. Виявлення кістозних уражень із сколексом при КТ або МРТ. 3. Безпосередня візуалізація паразитів під сітківкою при офтальмоскопії.
Великі критерії
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ураження, що дозволяють з високою часткою ймовірності думати про НЦ на основі даних нейровізуалізації. 2. Позитивні результати методу ЕІТВ (enzyme-linked immunoelectrotransfer blot) щодо виявлення антицистицеркових антитіл. 3. Зникнення внутрішньочерепних кістозних вогнищ після лікування альбендазолом або празиквантелом. 4. Спонтанне зникнення невеликих одиничних вогнищ підсиленого сигналу.
Малі критерії
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ураження, сумісні з НЦ, при проведенні нейровізуалізації. 2. Клінічні прояви, що дозволяють думати про НЦ. 3. Позитивні результати моноферментного аналізу з ліквором щодо виявлення антицистицеркових антитіл чи цистицеркових антигенів. 4. Цистицеркоз поза межами центральної нервової системи.
Епідеміологічні критерії
<ol style="list-style-type: none"> 1. Докази побутового контакту з інфекцією <i>Taenia solium</i>. 2. Пацієнт походить або живе в зоні, ендемічній щодо цього захворювання. 3. Часті поїздки в ендемічні ареали в анамнезі.
СТУПЕНІ ДІАГНОСТИЧНОЇ ТОЧНОСТІ
Чіткий діагноз
<ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність одного абсолютного критерію. 2. Наявність двох великих, одного малого та одного епідеміологічного критерію.
Ймовірний діагноз
<ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність одного великого і двох малих критеріїв. 2. Наявність одного великого, одного малого й одного епідеміологічного критерію. 3. Наявність трьох малих і одного епідеміологічного критерію.

Запропонований набір критеріїв включає чотири категорії – абсолютні, великі, малі й епідеміологічні, стратифіковані на основі їх діагностичної сили. Абсолютні критерії дають змогу поставити недвозначний діагноз НЦ. Великі критерії чітко підтверджують діагноз, але їх не можна застосовувати самі по собі для підтвердження наявності хвороби. Малі

критерії є частими, але неспецифічними проявами захворювання, а епідеміологічні стосуються залежних від обставин доказів на користь названого діагнозу. Абсолютні критерії включають гістологічну демонстрацію паразита в біоптаті з центральної нервової системи, кістозні ураження із сколексом за даними нейровізуалізації і безпосередню візуалізацію паразитів під сітківкою за допомогою офтальмоскопії. Великі критерії включають ураження, що дозволяють із високою часткою ймовірності думати про НЦ за даними нейровізуалізації (наприклад, кістозні вогнища без сколекса, одиничні або множинні кільцеві чи вузлові вогнища підсиленого сигналу й округлі паренхіматозні кальцифікати); позитивні результати методу ЕІТВ (enzyme-linked immunoelectrotransfer blot) з сироваткою щодо виявлення антицистицеркових антитіл, зникнення кістозних вогнищ після застосування антипаразитарних середників і спонтанне зникнення невеликих одиничних вогнищ підсиленого сигналу. Малі критерії включають вогнища, сумісні з НЦ за даними нейровізуалізації (КТ або МРТ, при проведенні яких видно гідроцефалію або патологічні лептоменінгеальні потовщення, а також згідно з результатами мієлографії, причому наявні множинні дефекти наповнення рентгенконтрастом), клінічні прояви, що наводять на думку про це захворювання (судоми, фокальні неврологічні симптоми, когнітивний дефіцит і внутрішньочерепна гіпертензія), позитивні результати моноферментного аналізу з ліквором щодо виявлення антицистицеркових антитіл або цистицеркових антигенів та докази на користь цистицеркозу поза нервовою системою. Останній із малих критеріїв може бути засвідчений шляхом демонстрації паразита в біоптаті з підшкірного вузла, при панорамній рентгенографії або КТ, причому виявляють множинні “сигароподібні” кальцифікати у стегових та гомілкових м'язах, а також за допомогою безпосередньої візуалізації цистицерка в передній камері ока. Епідеміологічні критерії включають докази на користь побутового контакту з інфекцією *Taenia solium*, походження або проживання в ендемічних зонах чи анамнестичні дані щодо частих поїздок у названі регіони.

Інтерпретація цих критеріїв визначається двома ступенями діагностичної точності: (1) чіткий діагноз у хворих, що відповідають одному абсолютному або двом великим плюс одному малому та одному епідеміологічному критерію, та (2) ймовірний діагноз у пацієнтів, що відповідають одному великому і двом малим критеріям чи одному великому, одному малому й одному епідеміологічному критерію або трьом малим і одному епідеміологічному критерію.

Характеристика НЦ в поняттях життєздатності кіст, ступеня імунної реакції макроорганізму щодо паразитів і локалізації уражень важлива для раціональної терапії. Лікування має бути індивідуалізованим щодо форми захворювання і зазвичай включає комбінацію симптоматичних препаратів, протипаразитарних засобів, хірургічної резекції вогнищ і накладання шлуночкових шунтів (табл. 2).

Протипаразитарні засоби застосовуються в терапії НЦ вже понад 20 років, і кілька досліджень засвідчили, що як альбендазол, так і празиквантел руйнують 60–85% життєздатних внутрішньочерепних цистицерків. Останнє рандомізоване сліпе контрольоване дослідження довело ефект терапії альбендазолом для зниження рівня судом і зростання частоти зникнення цист. Воно ж підтвердило, що застосоване лікування викликало клінічне і нейровізуалізаційне поліпшення, забезпечивши докази класу I щодо призначення протипаразитарних агентів хворим із життєздатними внутрішньочерепними цистами.

Директиви з лікування НЦ

ПАРЕНХИМАТОЗНИЙ НЕЙРОЦИСТИЦЕРКОЗ
Везикулярні цисти
<ul style="list-style-type: none"> - Одиначні вогнища: празиквантел з розрахунку 100 мг/кг на три окремі прийоми - Помірний ступінь інфікування: альбендазол із розрахунку 15 мг/кг/добу протягом 1 тижня, стероїди призначають лише при виникненні побічних ефектів. - Важкий ступінь інфікування (100 і більше цист): альбендазол із розрахунку 15 мг/кг/добу протягом 1 тижня плюс високі дози стероїдів.
Колоїдні кисти
<ul style="list-style-type: none"> - Одиначні вогнища: специфічні протипаразитарні препарати не потрібні; альбендазол призначають лише при персистуючих ураженнях. - Помірний ступінь інфікування: альбендазол із розрахунку 15 мг/кг/добу протягом 1 тижня плюс стероїди. - Важкий ступінь інфікування (енцефаліт): специфічні протипаразитарні препарати не потрібні; застосовують високі дози стероїдів разом із осмодіуретиками (манітол).
Гранульоми і кальцифікати
<ul style="list-style-type: none"> - Одиначні або множинні: специфічні протипаразитарні препарати не потрібні; стероїди потрібні рідко.
ЕКСТРАПАРЕНХИМАТОЗНИЙ НЕЙРОЦИСТИЦЕРКОЗ
Нейроцистицеркоз субарахноїдального простору
<ul style="list-style-type: none"> - Субарахноїдальні (кістоподібні) цисти: альбендазол із розрахунку 15 мг/кг/добу з тривалістю курсу до 1 місяця плюс стероїди у високих дозах. - Арахноїдит, ангіїт: специфічні протипаразитарні препарати не потрібні; часто застосовують високі дози стероїдів протягом тривалого часу. - Гідроцефалія: специфічні протипаразитарні препарати не потрібні; потрібне накладання шлуночкового шунта.
Нейроцистицеркоз шлуночка
<ul style="list-style-type: none"> - Шлуночкові цисти: їх ендоскопічна аспірація або хірургічна резекція; застосування протипаразитарних засобів залишається суперечливим. - Епендиміт: специфічні протипаразитарні препарати не потрібні; при наявності асоційованої гідроцефалії накладають шлуночковий шунт; часто застосовують високі дози стероїдів.
Інші форми нейроцистицеркозу
<ul style="list-style-type: none"> - Цисти спинного мозку: хірургічна резекція вогнищ; можна застосовувати альбендазол. - Очні цисти: їх хірургічна резекція.

Празиквантел найчастіше використовують у дозах 50 мг/кг/добу протягом 15 днів, хоча рекомендований діапазон коливається від 10 до 100 мг/кг протягом 3–21 дня. Також припускають, що дія на цистицерки високими дозами названого препарату (три прийоми в дозі 25–30 мг/кг через 2-годинні інтервали) може бути достатньою для знищення паразитів. Альбендазол спочатку призначали з розрахунку 15 мг/кг/добу протягом 1 місяця. Подальші дослідження засвідчили, що при аналогічних дозах тривалість лікування можна скоротити до 1 тижня без зниження ефективності медикаменту. Перевагою альбендазолу над празиквантелом є те, що перший руйнує субарахноїдальні і шлуночкові цисти внаслідок ліпшої проникності у лікворні простори. Проте, ймовірно, пацієнти із цистами підпаутинного простору можуть потребувати прологнованих курсів цього препарату (до 1 місяця).

Хворим із цистицерковим енцефалітом не слід приймати протипаразитарні середники, оскільки останні погіршують внутрішньочерепну гіпертензію, яку спостерігають при такій формі хвороби. У пацієнтів із внутрішньочерепними цистами та гідроцефалією ці ліки необхідно призначати лише після накладання шлуночкового шунта, щоб уникнути підвищення внутрішньочерепного тиску внаслідок фармакотерапії. Їх необхідно обережно застосовувати в осіб із гігантськими субарахноїдними цистами, оскільки через запальну реакцію макроорганізму у відповідь на руйнування паразитів може розвинутися оклюзія лептоменінгеальних судин навколо власне цисти. У таких випадках є обов'язковим використання стероїдів для уникнення інфаркту мозку. У хворих із шлуночковими цистами лікування повинно бути індивідуалізованим. Хоч альбендазол успішно знищує шлуночкові цисти, перифокальна запальна реакція може викликати гостру гідроцефалію. Пацієнти з одиничними вогнищами підсиленого сигналу не потребують специфічної терапії, оскільки більшість таких вогнищ спонтанно зникають. Протипаразитарні середники помічні в лікуванні деяких таких хворих, оскільки вони прискорюють ліквідацію вогнища, що сприяє уникненню діагностичних труднощів. Нарешті, за наявності гранульом і кальцифікатів названі агенти не призначають, оскільки такі вогнища є мертвими паразитами.

Застосування лише одного антиконвульсанта достатнє для контролю судом у більшості хворих з епілепсією внаслідок НЦ, разом з тим оптимальна тривалість такого лікування в названій категорії не встановлена. Проспективне дослідження засвідчило, що 50% таких пацієнтів мали рецидиви після відміни протисудомних препаратів. У цьому досліджуванні особи не мали епілептичних приступів протягом 2 років, а цисти в мозку в них були успішно зруйновані на тлі використання альбендазолу. Прогностичними факторами, асоційованими із судомними рецидивами, були розвиток паренхіматозних кальцифікатів головного мозку внаслідок неадекватної специфічної фармакотерапії і наявність як рецидивуючих нападів, так і множинних цист перед початком лікування.

Кортикостероїди залишаються головним напрямком лікування при цистицерковому енцефаліті, ангіїті й арахноїдиті, котрі призводять до прогресуючого стиснення черепних нервів. У таких випадках для контролю симптомів може бути потрібен дексаметазон у добовій дозі до 32 мг. При цистицерковому енцефаліті гормони використовуються в комплексі з манітолом в дозах 2 мг/кг/добу; після цього може бути тривалий курс лікування преднізолоном перорально (50 мг/добу).

Одночасне призначення кортикостероїдів і специфічних протипаразитарних агентів полегшує вторинні ефекти типу болю голови і блювання, асоційованих із використанням останніх. Ці симптоми є наслідком не стільки токсичної дії препаратів, скільки розпаду паразитів і залишаються надійним показником ефективності фармакотерапії. У пацієнтів із гігантськими субарахноїдальними цистицерками, шлуночковими, спинномозковими цистами та множинними цистами мозкової паренхіми кортикостероїди призначають до, під час, і навіть кілька днів після курсу антипаразитарних середників, щоб уникнути мозкового інфаркту, гострих гідроцефалії, набухання спинного і масивного набряку спинного мозку.

Хірургічні втручання також відіграють роль у лікуванні НЦ. Хворі з гідроцефалією, вторинною щодо арахноїдиту, потребують накладання шлуночкового шунта. Головною проблемою тут залишається високий рівень його дисфункції, що, вимагаючи повторних інтервенцій, дуже підвищує показники смертності і тривалість госпіталізації. З метою профілактики подібних ускладнень було запропоновано хронічну терапію кортикостероїдами. Шлуночкові цисти реально усувати шляхом хірургічного видалення або ендоскопічної аспірації. Можливість їх міграції між моментом постановки діагнозу і хірургічним втручанням повинна бути виключена з допомогою контрольної МРТ

безпосередньо перед самою операцією, щоб уникнути непотрібної краніотомії. При відсутності епендиміту після видалення шлуночкової цисти накладання шунта зазвичай не потрібне. Коли ж перший стан усе-таки наявний, то дренування мусить навіть передувати операції видалення шлуночкової цисти (або принаймні виконуватися після неї).

ЛІТЕРАТУРА

1. Abdel Razek AA, Watcharakorn A, Castillo M. Parasitic diseases of the central nervous system. *Neuroimaging Clin N Am*. 2011 Nov;21(4):815-41, viii
2. Carabin H, Ndimubanzi PC, Budke CM, Nguyen H, Qian Y, Cowan LD, Stoner JA, Rainwater E, Dickey M. Clinical manifestations associated with neurocysticercosis: a systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2011 May;5(5):e1152.
3. Del Brutto OH. Neurocysticercosis: a review. *Scientific World Journal*. 2012;2012:159821.
4. Garcia HH, Gonzalez AE, Gilman RH. Cysticercosis of the central nervous system: how should it be managed? *Curr Opin Infect Dis*. 2011 Oct;24(5):423-7.
5. Kimura-Hayama ET, Higuera JA, Corona-Cedillo R, Chávez-Macías L, Perochena A, Quiroz-Rojas LY, Rodríguez-Carbajal J, Criales JL. Neurocysticercosis: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2010 Oct;30(6):1705-19.
6. Matushita H, Pinto FC, Cardeal DD, Teixeira MJ. Hydrocephalus in neurocysticercosis. *Childs Nerv Syst*. 2011 Oct;27(10):1709-21.
7. Nash TE, Garcia HH. Diagnosis and treatment of neurocysticercosis. *Nat Rev Neurol*. 2011 Sep 13;7(10):584-94.
8. Satishchandra P, Sinha S. Relevance of neuroimaging in the diagnosis and management of tropical neurologic disorders. *Neuroimaging Clin N Am*. 2011 Nov;21(4):737-56, vii.
9. Sotelo J. Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of neurocysticercosis. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2011 Dec;11(6):529-35.
10. Takayanagui OM, Odashima NS, Bonato PS, Lima JE, Lanchote VL. Medical management of neurocysticercosis. *Expert Opin Pharmacother*. 2011 Dec;12(18):2845-56.

СТАСІВ Я.В.

ПРОТИАЛКОГОЛЬНІ АКТИ МІСТА ЛЬВОВА XIV – XVII СТ.

На основі документів XIV–XVII ст. проілюстровано антиалкогольну спрямованість тогочасного львівського законодавства. Вперше в історіографії науково обґрунтовано факт відсутності закладів торгівлі спиртвмісними речовинами у Львові упродовж 450 років.

Ключові слова: Львів, магістрат, законодавство, алкогольні речовини.

На основани анализе документов XIV–XVII вв. проиллюстрировано антиалкогольную направленность львовского законодательства того времени. Впервые в историографии научно обоснован факт отсутствия заведений торговли спиртосодержащими веществами во Львове на протяжении 450 лет.

Ключевые слова: Львов, магистрат, законодательство, алкогольные вещества.

On the basis of analysis of the documents XIV-th – XVII-th c. antyalcoholic directivity in the Lviv legislation is illustrated. It for the first time it is scientifically motivated the fact of the absence of the Institutions as alcohol selling in Lviv during 450 years.

Key words: *Lviv, magistrate, legislation, alcoholic material.*

1. Вступ

Упродовж останніх двадцяти років Україна, Львів та область зокрема втрачають частину молодого покоління внаслідок вживання алкоголю, тютюну та інших наркотичних речовин. До прикладу, у 1939 р. природний приріст населення Львова становив 6,8 на 100 чоловік [1, с. 215], а на 2010 р. – депопуляція – -1,1 на 1000 чол. (або -0,1 на 100) [4, с. 339,344].

Вживання алкоголю суспільством ґрунтується на неправдивій інформації про цей наркотик, у тому числі – історичній. Дотепер залишався невідомим науковий факт: упродовж не менш як 450 років у Львові документально не зафіксовано жодного закладу торгівлі алкоголем. Відтак уся інформація, що побутує у часописах, або рекламних матеріалах, апелюючи до давності «алкогольних звичаїв» – неправдива. Тому науково обґрунтована оцінка та аналіз документів потрібні для переосмислення спекулятивних нашарувань і запобігання поширенню викривленої інформації про алкоголь у суспільній свідомості.

З огляду на це, метою даної статті є висвітлення протиалкогольного аспекту львівського середньовічного законодавства.

Основу статті складають опубліковані документи з фондів Центрального державного історичного архіву м. Львова [1; 3]. Робота доповнена статистичними даними Державного комітету статистики України [4], а також працею російського історика І. Прижова «История кабаков в России в связи с историей русского народа», в якій досліджено процес становлення закладів торгівлі алкоголем на слов'янських теренах від давнини до 1860-х рр. [2].

2. Виклад основного матеріалу

Після розпаду Київської Русі Галичина, як її частина, ще довгий час зберігала єдність духовних, культурних, політичних та інших традицій. У побуті залишилися архаїчні слов'янські напої – медовуха* та квас. Продовжували існувати корчми**, які до XVI ст. були традиційними закладами проведення тверезого дозвілля у східних слов'ян.

Поняття «корчма» етимологічно походить від давньоруського «корм», «кормление», тобто їжа, або власність, володіння. Упродовж декількох століть, через орфографічну некоректність у побутовому та літописному мовленні замість слова «кормча» увійшло в обіг поняття «корчма».

У X – XVI ст. корчми, були осередком спілкування, обговорення новин, харчування, і, навіть, ночівлі. Досить часто в корчмах збиралися народні віча, судові засідання, вирішувалися адміністративні питання. Переломний момент настав у XVI ст., коли східнослов'янськими землями поширився денатурований виноградний спирт*** завезений

* Медовуха (або «мед») – напій відкритого ферментаційного приготування, основними компонентами якого є мед, вода та хміль; міцність не перевищувала 4 % алкоголю. Вживали розведеним водою.

** Спочатку закладами харчування на Русі були кормчі будинки – «кормчие избы» або «кормчие дома».

*** «Винахідником» денатурованого етилового спирту вважається арабський алхімік Ар-Разі (або Рагез). У Європі спирт за горючі властивості отримав назву «аqua vitae» тобто, «жива вода». Від цього походить східнослов'янське – «оковита» (слово фігурує у документах XVI – XVII ст.). А від XVIII ст. поширилася назва «горелка», або «горілка».

вперше генуезькими купцями в 1398 р. Відтоді корчми та шинки стали монополією та джерелом прибутку держави [2, с. 21-24].

У Північно-Східній Русі корчми були заборонені, а їх місце зайняли кабаки. У кабаках продавалася виключно горілка, самогон та інші алкогольні трунки, без можливості попоїсти (на відміну від корчем). На південно-західних землях поміщики отримали право пропінації*, а корчми стали осередками цілеспрямованої алкоголізації населення [2, с. 29].

Першим протиалкогольним законодавчим актом у Галичині була грамота короля Казимира III про надання Львову Магдебурзького права (1356 р.), в якій зазначалося: «...для більшого покращення вище згадуваного міста (тобто Львова – прим. авт.) з нашої спеціальної ласки та прихильності наказуємо, щоб жоден з земель духовних, міських, або будь-яких інших осіб, не розташовував і не будував корчем в межах однієї милі від міста» [1, с. 215].

Згідно грамоти, жодна особа без спеціального дозволу короля, або магістрату, не мала права утримувати корчму ближче як 1,6 км біля міста. У документі відсутня інформація про продаж у таких корчмах алкогольних виробів чи безалкогольних напоїв. Але з огляду на саму суть документу – відстані вказані у ній – можна припустити, що корчми становили небезпеку для життя та здоров'я городян через продаж пива та вина – вже відомих на той час на українських землях.

У свідомості середньовічних галичан зберігалася пам'ять про демократичні традиції, проведення народних віче тощо. Свіжими для польської адміністрації були згадки про бунтівних бояр, очолюваних Дмитром Детьком. Корчми – це місце скупчення людей, середовище поширення опозиційних ідей господарів Галичини – русинів, вороже налаштованих до польської влади. Тому зважаючи на можливість збройного заворушення руського населення, яке б почалося з корчми, польська влада перенесла їх за межі міста. Отже, цей документ можна вважати як протиалкогольним, так і політичним актом.

У такий спосіб середньовічні львівські можновладці дбали про благо городян, добре усвідомлюючи згубність наслідків вживання алкогольних речовин. Психологічне, фізичне здоров'я та життєвий добробут львів'ян важили більше за «п'яні» надприбутки.

Магдебурзьке право на Західній Україні було скасоване у 1786 р. Без перебільшень можна стверджувати, що упродовж майже півтисячоліття в межах Львова та інших великих міст, де діяло це право, не існувало закладів торгівлі спиртвмісними речовинами. Корчми, а від 1550-х рр. – шинки – згадуються тільки в селах та заміських територіях.

У першій третині XVI ст. в Галичині, як і на інших слов'янських теренах, поширився етиловий спирт (на початках виключно для медичних потреб). 12 вересня 1537 р. король Сигізмунд I надав львівським міщанам право шинкувати (виготовляти і продавати) горілку [3, с. 228]. Документ замовчує статус набувачів цього права, а також умови його отримання. Вочевидь ця грамота була результатом неабияких старань іноземного, або львівського алкогольного лобі в кулуарах магістрату.

Дозвіл на шинкування діяв у межах Краківського*, Галицького передмість** та деканату св. Іоанна***. Отриманий за надання дозволу податок спрямовувався на потреби

* Або «примус пропінаційний» – право поміщиків виготовляти та продавати алкогольні речовини в межах своїх володінь, звільняючись від податків.

* Краківське передмістя – р-н сучасного просп. Чорновола (початок), вул. Городоцької (до церкви св. Анни), Клепарівської та прилеглих малих вуличок.

** Галицьке передмістя – р-н просп. Свободи, вул. Дорошенка, Коперника, Словацького, Університетська до парку ім. І. Франка.

*** Деканат св. Іоанна – тепер вул. Ужгородська та прилеглі вулички навколо церкви Івана Хрестителя під Високим Замком.

міста: «...цей чинш, який стягнуть урядовці з тих, що шинкують, нехай згадані райці використають і повинні використати на потреби держави та ремонту громадських місць міста» – сказано в документі [3, с. 228].

З аналізу грамоти випливає, що зацікавлені особи – «міщани» – подали до магістрату прохання щодо можливості шинкувати горілку, обґрунтовуючи це потребами Львова. Право шинкування могли отримати люди, названі в документі «розпорядниками» та «наймачами» (очевидно – орендарі). Водночас, будь-якій людині незалежно від її соціального статусу, національності та віросповідання заборонялося виготовляти, продавати горілчану отруту, а також завозити її до міста. Тільки за умови попередньої сплати податку, за дозволом райців людина могла отримати право шинкувати або торгувати цією речовиною [3, с. 228].

Кожного кварталу у Львові проводилися ярмарки, куди з'їздилися українські та іноземні купці. Одним із товарів обігу було вино. Згадка про нього у грамоті Сигізмунда Августа (1554 р.) стосувалася обмеження торгівлі та зберігання вина у недозволеній час. Документ також забороняв грецьким та іншим купцям зберігати цю речовину в маєтках львівських міщан. Причиною стала нелегальна (підпільна) роздрібна торгівля вином за вищими цінами в місті. Відтак, купці не платили податків у міську казну. Про це довідався міський магістрат, і зобов'язав купців утримувати товари у віданні райців. Згідно з документом будь-який купець мусів залишати свої вози з вином на площі Ринок на цілий місяць. Якщо за вказаний період ця рідина не продавалася, то для його подальшого зберігання власник повинен був знайти склад в одному із будинків львівських міщан. Після цього, вино в обов'язковому порядку підлягало підрахунку, опису та завіренню печаткою райця [3, с. 338].

Грамотою львівського магістрату в 1580 р. було підвищено податок на імпортовані лимони та вино. Незалежно від віросповідання та народності будь-який торговець вином та цитринами зобов'язувався сплатити 15 польських грошів до міської казни для компенсації дефіциту казенних коштів на розбудову міських укріплень [3, с. 338].

Цікавими з фінансових міркувань є акти 1597 та 1639 рр. У них містяться чіткі приписи щодо обмеження торгівлі імпортованим вином та іншими товарами (залежно від їх кількості, розміру та об'єму) шляхом накладання системи відрахувань до міської казни [3, с. 410-411; 445-447].

В обмежувальній грамоті 1472 р. згадується пиво. На свято Трійці та св. Агнети під час двотижневого ярмарку у Львові магістрат заборонив його варіння в передмістях: «...щоб там, під замком, пиво не варилося і м'ясо не продавалося або ярмарок не відбувався...» – сказано в ній [3, с. 116]. Заборона диктувалася економічними причинами: торгівля за межами міста позбавляла казну грошових надходжень, а нереалізований товар застоювався на міських складах. Окрім фінансових втрат одною з причин прийняття цього акту були фізичні та матеріальні збитки через безконтрольну торгівлю наркотичною речовиною – пивом. Ще один документ 1521 р. зобов'язував броварів два квартали від свята св. Луки сплачувати додатковий податок на будівництво та реставрацію міських укріплень [3, с. 181].

Оподаткування привізного пива міським магістратом збереглося у XVII ст. Грамотою Владислава IV від 1639 р. кожен торговець пивом був зобов'язаний сплатити на користь міста три гроші, а нелегально завезене або неоподатковане пиво підлягало конфіскації [3, с. 445-446]. Королівський привілей 1647 р. забороняв будь-кому у Львові варити, зберігати та продавати пиво за не львівською рецептурою. Для його зберігання в місті повинно було відводитися чотири будинки, а знавці визначали б якість та ціну цієї речовини [3, с. 453].

3. Висновки

З аналізу документів випливає: від XIV ст. торгівля пивом та вином у Львові регламентувалася місцем – площею Ринок, і часом – квартальними ярмарками. Для цього, також, потрібно було отримати спеціальний дозвіл магістрату або райців.

Жорстка меркантильна політика на користь міста робила торгівлю алкоголем не вигідною справою. Жоден документ не згадує заклади продажу алкогольних речовин чи масову їх поширеність у Львові. У грамотах згадуються лише корчми та шинки, які розташовувалися в селах та на замських територіях.

Магдебурзьке право забороняло будувати корчми в радіусі 1,6 км від міста. Це означає, що упродовж 450 років у Львові не існувало жодного закладу торгівлі алкогольними речовинами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Історія Львова в документах і матеріалах / уклад.: М.В. Брик. Збірник документів і матеріалів. – Київ: Наукова думка, 1986. – 422 с.
2. Прыжов И. История кабаков в России в связи с историей русского народа. / И. Прыжов. – Санкт-Петербург – Москва: Издание книгопродавца-типографа М.О. Вольфа, 1868. – 320с.
3. Привілеї міста Львова (XIV-XVIII ст.) / уклад.: М.Капраль, наук. ред. Я.Дашкевич, Р.Шуст та ін. – Львів: Львівське відділення Інституту української археографії та джерелознавства ім. М.Грушевського НАН України. Друге виправлене видання, 2010. – 544 с. [Електронний варіант] – Режим доступу: www.history.org.ua
4. Статистичний щорічник України за 2009 рік. / уклад.: О.Г. Осауленко та ін. – К.: Август Трейд, 2010. – 540 с.

М.В. ЧЕРНІХОВСЬКИЙ, Ю.В. ВУЙЦИК

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «АКНЕТІН» ПРИ ЛІКУВАННІ РІЗНИХ ВИДІВ ВУГРІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.

Стаття присвячена застосуванню препарату “Акнетін” при лікуванні вугрів.

Ключові слова: *вугрові висипання, препарат “Акнетін”, дозування, біодоступність, ефективність.*

Статья посвящена применению препарата "Акнетин" при лечении угрей.

Ключевые слова: *угревая сыпь, препарат «Акнетин», дозировка, биодоступность, эффективность.*

Article is devoted to use of the drug "Aknetin" in the treatment of acne.

Key words: *acne eruption, drug "Aknetin" dosing, bioavailability, efficacy.*

Вугрові висипання є одними з найбільш розповсюджених морфологічних елементів на шкірі обличчя, грудей і спини, нерідко важко піддаються лікуванню, переходять у хронічні рецидивуючі форми захворювання.

У патогенезі і етіології вугрів має значення вік, генетичні і гормональні зрушення, умови життя і праці, у тому числі проходження військової служби, котрі обумовлюють стан виділення сальними залозами шкірного сала, змін його хімічного складу, наявність мікрофлори, котра сприяє розвитку запальних проявів навколо фолікулів (1).

Наявність вугрів зустрічається від 60 до 80% в осіб віком від 12 до 24 років, займає перше місце серед дерматологічної патології і косметичних недоліків при проведенні медичних оглядів, в тому числі при призиві на військову службу; третє – за частотою звернень до лікаря- дерматовенеролога чи косметолога (2).

Локалізація висипів на шкірі обличчя і тулубу з тенденцією до нагноєння спричиняють пацієнтам багато незручностей і негативно впливають на їх психоемоційну сферу.

У практичній діяльності лікарів-дерматовенерологів часто зустрічаються різновиди вугрів: точкові, папульозні, пустульозні, ущільнені, абсцедуючі, конглобатні. Звідси приймається тактика призначення як зовнішніх, так і внутрішніх лікарських засобів (3).

Останнім часом при наявності вугрових висипань середнього, важкого і дуже важкого ступеня нами широко застосовується препарат «Акнетін», котрий виробляється в Бельгії, а в Україні його представляє виробник Ядран, Галенська лабораторія, Хорватія.

«Акнетін» - іноваційна форма орального ізотретиноїну з екстрабідоступністю забезпеченою запатентованою технологією Lidose, бідоступність котрого на 20% більше звичайного ізотретиноїну, а курсова кумулятивна доза знижена з 150 до 100-120 мг.

Бідоступність ізотретиноїну вища з їжею (засвоюваність за умови прийому з їжею до 40%, натщесерце – 25%), тому препарат рекомендується застосовувати під час їжі (4).

Lidose – це щільна желатинова капсула, що має напіврідкий або в'язкий вміст – «твердий розчин», а ізотретиноїн в капсулі Lidose володіє характеристиками засвоєння рідкої форми.

Створення нової лікарської форми Lidose дозволило:

- збільшити кількість розчиненого ізотретиноїну в кожній капсулі на 13,5%, що підвищило його бідоступність на 20%;
- отримати новий препарат, який дає можливість знизити курсову дозу ізотретиноїну на 20% і зберегти високу ефективність терапії.

Упродовж 2010-2012 рр. нами проліковано 29 хворих чоловічої статі з середньо-важкими і важкими формами вугрової хвороби.

«Акнетін» призначали в залежності від маси тіла хворого в дозі 0,4-0,8 мг/кг/добу. Призначення проводилось згідно вимог інструкції «якщо пацієнт чоловік» з розрахунку необхідності капсул «Акнетіну» на курс лікування, виходячи з дози 16 або 8 мг (5).

Наприклад: при масі тіла хворого 60 кг, кумулятивна доза: $60 \times 100 \text{ мг} = 6000 \text{ мг}$, $6000 : 16 \text{ мг} = 375$ капсул, що відповідає 12,5 упаковок по 16 мг, а при дозі 8 мг – у 2 рази більше. Відповідно масі тіла 60 кг, стартове дозування при 32 мг (2 капсули) – 0,53 мг/кг/добу, або при призначенні 24 мг/добу – буде 0,4 мг/кг/добу. При необхідності після місяця лікування проводилась корекція дози – 0,1-1,0 мг/кг/добу. При використуванні «Акнетіну» 32 мг/кг/добу курс лікування займав 6 місяців, а при 24 мг/кг/добу – 8-9 місяців.

Напередодні лікування всі пацієнти проходили клініко-лабораторні дослідження крові згідно з вимогами наказу МОЗ України від 08.05.2009 року №312 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги на дерматологічні захворювання» з виконанням загально клінічних аналізів крові і сечі, біохімічних досліджень крові гепато-біліарної системи і глюкози крові. Також проводилась ультразвукова діагностика стану печінки і підшлункової залози. У даній категорії пацієнтів патологічних проявів не було виявлено. В процесі лікування «Акнетіном» у всіх 29 (100%) хворих відмічалась сухість губ по типу сухої форми ексfolіативного хейліту, у 3 (11,1%) чоловіків захворювання ускладнилось проявами тріщин слизової нижньої губи (не виключено, як додаткового шкідливого фактору – паління сигарет). Призначено застосування жирних косметичних

кремів, 1% гідрокортизонової мазі, на тріщини – мазь «Офлокаїн» або «Карбодерм», котрі дали позитивний ефект на 2-3 місяці лікування.

На другому тижні лікування у 6 (22,2%) пацієнтів відмічалось загострення у вигляді почервоніння конглобатних вугрів, утворення поодиноких пустул, котрі без додаткових медикаментів до 3 тижня регресували.

З другого місяця від початку лікування «Акнетіном» у 14 (51,8%) пацієнтів і в 11 (40,7%) – з третього місяця відмічалась позитивна динаміка: відсутність з'явлення нових висипань, зменшення гіперемії і набряку окремих вузлів, почався процес формування рубчиків і рубців. Після проведеного повного курсу лікування розпочато медикаментозну терапію для поступового регресу рубців з застосуванням гелю «Контратубекс» або «Дерматікс», фізіопроцедури розчину «Лідази-64 ОД», завдяки чому рубчики частково розсмокталися, рубці стали гладкими і бліднішими, став виражений позитивний косметичний ефект.

Серед пацієнтів у 4 призовників (13,8%) знято діагноз «густа себорея обличчя, ускладнена абсцедуючими вуграми». На підставі «Положення про військово-лікарську експертизу в ЗС України» (2008р.) вони визнані придатними до військової служби (6).

Таким чином, застосування препарату «Акнетін» є достатньо високоефективним засобом внутрішньої терапії для лікування хворих з вугровою хворобою при середньо-важких і важких ступенях її, в результаті чого покращується як косметичний так і психоемоційний стан хворого. Також є одним із позитивних заходів щодо збільшення кількості придатних до військової служби юнаків при комплектуванні Збройних Сил України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волкова Е.Н., Есимбаева М.Л. и др. Акнетин – инновация ведения больных с акне: предварительные результаты лечения // Клінічна імунологія. Алергологія, інфектологія. – 2011. – №1. – С. 2-5.
2. Ковалёв В.М. Угревая сыпь. – К.: Здоровье, 1991. – С.3-49.
3. Федорович Л.Я. Медичні аспекти вугрової хвороби та розацеа // Терапія. – 2011. – №2. – С. 15.
4. Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України. 2008.

ХРОНІКА

У вересні 2012 р. відзначають свої ювілеї люди, які причетні до охорони здоров'я

ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:

40 річчям

Коваленко Марію Миколаївну

45 річчям

Кіцеру Наталію Іванівну

50 річчям

Блавацьку Оксану Болеславівну

55 річчям

Матешук-Вацебу Лесю Ростиславівну

Петришина Юрія Степановича

Лаповець Любов Євгенівну

Омельяненко Ольгу Василівну

60 річчям

Пилипіва Ярослава Ілліча

Неміша Тараса Юрійовича

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

Ю.М. ПАНИШКО, С.С. ЛОЗИНСЬКА, І.П. КУБАЦЬКА
АНДРІЙ ВАСИЛЬОВИЧ ХОДІН
До 165-річчя від дня народження



Андрій Васильович Ходін народився 5(17) вересня 1847 р. в Новочеркаську. Закінчив навчання в гімназії із золотою медаллю і поступив на медичний факультет Харківського університету. Через 3 роки продовжив навчання в Медико-хірургічній академії Санкт-Петербурга, яку закінчив у 1871 р. Був залишений в академії на 3 роки для удосконалення, працюючи одночасно молодшим ординатором офтальмологічного відділення клінічного військового госпіталя, де вчився під керівництвом Е.А. Юнге.

В 1873 р. захистив в академії дисертацію на тему: “К вопросу о точке вращения в глазах различной рефракции” і отримав ступінь доктора медицини.

В 1875 р. Ходін від’їжджає за кордон, де упродовж 2,5 років проходить стажування в очних клініках Йєни, Граца, Парижа, Відня, Гельдербергу. Після повернення в Росію в 1878 р. А.В. Ходіна обирають приват-доцентом кафедри офтальмології медико-хірургічної академії і призначають асистентом в академічну офтальмологічну клініку, де він читає лекції по фізіології органу зору та по офтальмології.

Очна клініка в Києві була відкрита 22 березня 1870 р. Першим професором офтальмології був А.В. Іванов (1836-1880). Після смерті А.В. Іванова кафедру офтальмології в 1881 р. очолив А.В. Ходін. В цей час він вже надрукував свою працю “Офтальмоскопия и её применение в офтальмологии и общей медицине с офтальмологическим атласом (СПб, 1880).

Курс офтальмології викладався на IV та V курсах медичного факультету і складався з 70 двогодинних лекцій. Студенти були кураторами хворих з обов’язковим захистом історій хвороб.

Після переведення клініки університету в нові приміщення на Бібіковському бульварі (тепер бульвар Шевченка) очну клініку розширено з 10 до 25 ліжок; з’явилася окрема аудиторія для читання лекцій. В 1893 р. була побудована офтальмологічна операційна (до того часу офтальмологічні операції робили безпосередньо в палатах на ліжках). Хірургічна активність була високою, проте через відсутність достатньої асептики був значний відсоток післяопераційних ускладнень. В 1881 р. А.В. Ходін надрукував книгу “Курс глазных операций с 85 рисунками в тексте и 4 таблицами”.

В 1881 р. Андрій Васильович став ординарним професором та керував кафедрою очних хвороб до 1903 року.

З 1884 р. А.В. Ходін почав видавати перший російський офтальмологічний журнал “Вестник офтальмологии”, який виходив щодвамісяці обсягом 5-6 друкованих аркушів. Передплата з пересилкою і доставкою складала 6 крб., а для студентів – 5 крб.; число передплатників журналу було невелике (300 осіб), причому 60 із них – безоплатних,

тому А.В. Ходін за роботу видавця, редактора, коректора винагороду не отримував. Редактором цього журналу А.В. Ходін був упродовж 20 років.

Журнал виходив за наступною програмою: самостійні статті, систематичні реферати, звіти офтальмологічних товариств, офтальмологічна бібліографія та офтальмологічна хроніка.

Редакційний таланти проф. А.В. Ходіна був настільки великим, що йому була надана честь редагувати “Дневник 6 съезда общества русских врачей в память Н.И. Пирогова (бывшего в Киеве 21-28.04.1896 г.)”.

Праці А.В. Ходіна присвячені вивченню питань рефракції ока, світловідчуття, кольоровідчуття, фізіології очних м'язів, патології очей. В 1899 р. вийшло 5-е видання його монографії “Практическая офтальмология с 161 рисунками в тексте”. Всього А.В. Ходіним було надруковано 23 наукові праці.

Професор Ходін А.В. був засновником Київської офтальмологічної школи. З київської очної клініки вийшли О.Ф. Шимановський, М.А. Левитський, А.Г. Васютинський, А.Ф. Рум'янцева, А.А. Холіна, Ю.Н. Шевчук, І.А. Кореневич.

Сьогодні є чудова нагода згадати жертовну працю піонерів Київської офтальмології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волков В.В., Даниличев В.Ф. Профессор А.В. Ходин – основатель и первый редактор-издатель “Вестника офтальмологии”: К 100-летию журнала // Вестник офтальмологии. – 1984. – №6. – С. 3-4.
2. Ганіткевич Я. Українські лікарі-вчені I пол. XX ст. та їхні наукові школи: Бібліографічні нариси та бібліографія. – Львів, 2002. – С. 436.
3. Ходин Андрей Васильевич // Украинская советская энциклопедия. – Т. 12. – К., 1985. – С. 86.
4. Ходін Андрій Васильович // УРЕ. – Т.12. – вид. друге. – К.: Гол. ред. УРЕ, 1985. – С. 158.
5. Шагов М.А. Андрей Васильевич Ходин // Вестник офтальмологии. – 1956. – №5. – С. 79-82.

Ю.М. ПАНИШКО, С.С. ЛОЗИНСЬКА, І.М. НОВИЦЬКА

МАР'ЯН ІВАНОВИЧ ПАНЧИШИН

До 130-річчя від дня народження

**Великі люди самі споруджують
собі п'єдестали.**

Статую споруджує майбутнє.

Віктор Гюю



6 вересня 1882 р. в родині львівського візника народився Мар'ян Іванович Панчишин. Батько не міг дати синові освіти, тож Мар'яну не залишалося нічого іншого, як покладатися на самого себе. Завдяки здібностям, школяр отримав змогу навчатися безкоштовно, бо вже в першому класі керівництво закладу напише: “Звільняється від оплати до тих пір, поки буде навчатися “на відмінно”. Заробляв на життя уроками репетиторства своїм колегам.

У 1903 р. поступив на медичний факультет Львівського університету. Тут знову 6 років отримує стипендію єпископа Самуеля Гловінського, далі поєднує навчання з працею. На завершення ще й отримує фінансову підтримку фонду Кароля Суботи. Після завершення навчання на медичному факультеті в 1909 р. отримав диплом доктора медицини, його прийняли демонстратором на кафедру анатомії, якою завідував Генрик Кадий (1851-1912), засновник Львівської анатомічної школи. Саме він звернув увагу на талановитого студента. Далі Мар'яна Панчишина призначають асистентом кафедри.

Паралельно з основною роботою М. Панчишин цікавиться проблемами внутрішньої медицини у професора Антонія Глюзинського (1856-1935). Після трагічної смерті професора у Г. Кадия у 1912 р. Мар'яна Панчишина запросили до праці в університетську клініку внутрішніх хвороб, якою завідував Антоній Глюзинський, і вже незабаром Мар'ян Панчишин очолив вперше зорганізоване рентгенологічне відділення на кафедрі. Що цікаво, це відділення здійснювало не лише рентгендіагностику, але й рентгентерапію. Занурившись у науку, Мар'ян Панчишин пише наукові праці.

Працюючи асистентом в університетській клініці внутрішніх хвороб та очолюючи рентгенологічне відділення, він, водночас, виконує обов'язки секретаря Львівського лікарського товариства. Молодому, здібному асистенту керівництво університету довіряє поїздки у наукові відрядження до Німеччини та Англії, аби він мав змогу ознайомитися з роботою тамтешніх клінік і, запозичивши закордонний досвід західного зразка, спробувати провести низку відповідних реформ в українській медицині. Тривале перебування за кордоном та вивчення досягнень європейської медицини дозволило пізніше Мар'яну Панчишину проводити на належному рівні як науково-педагогічну, так і безпосередньо лікувальну роботу. Цей досвід він використовував також і при створенні протитуберкульозних закладів, організації відділення внутрішніх хвороб Народної лікарни Андрія Шептицького, а також у заснуванні Українського гігієнічного товариства.

Мобілізований під час Першої світової війни, капітан Мар'ян Панчишин керував протиепідемічними шпиталями. За свою діяльність на фронті він був нагороджений трьома почесними медалями. Як тільки розпочалася революція в Галичині і січовики проголосили ЗУНР, М. Панчишин повернувся з Варшави, де він допомагав А. Глюзінському, до Львова. Він створює перев'язочні пункти, де надає медичну допомогу пораненим українським

воякам. Там М. Панчишин познайомився з Ольгою Кривокульською – санітарним підхорунжим Української Галицької армії, своєю майбутньою дружиною. Після перемоги в україно-польській війні починаються репресії проти українців: забороняють вчитися, закривають школи, у вищих навчальних закладах позакривали українські кафедри.

У 1919 р., після завершення Першої світової війни, він відкрив свій приватний медичний кабінет, вступив до Українського лікарського товариства та відразу ж став одним з його найактивніших членів. 17 грудня 1920 р. його обирають дійсним членом Наукового товариства імені Т.Г. Шевченка; тоді ж він починає підготовку до створення Українського лікарського товариства у Львові.

В січні 1920 р. у Львові вийшло перше число “Лікарського вісника” – органу Львівської комісії НТШ і Українського лікарського товариства, першого в Галичині медичного науково-практичного журналу українською мовою, заснованого з ініціативи М. Панчишина.

Будучи представником провідної української еліти, Мар’ян Панчишин заснував медичний факультет Таємного медичного університету, в якому мали змогу здобувати освіту студенти-українці. У 1920 р. Мар’ян Панчишин, не боячись переслідувань з боку влади, забезпечив організацію роботи медичного факультету Таємного університету. Окрім медичного, були створені ще філософський та юридичний, а пізніше – мистецький факультет. Медичний факультет мав, відповідно, 10 кафедр. Діяли, щоправда, лише перші два курси. На навчання зголосилося відразу 185 студентів. Мар’ян Панчишин організував кафедру анатомії і, одночасно, з обов’язками декана, виконував також обов’язки професора анатомії. Згодом сенат університету присвоїв йому звання професора. Через рік його обрали ректором Університету.

У результаті переслідування викладачів і слухачів університету польською владою, звільнення їх з державних посад за проведення лекцій і занять, накладання штрафів, а також арешту першого ректора університету професора Василя Щурата та секретаря Богдана Барвінського – у липні 1925 р. було припинено діяльність Українського таємного університету.

Позбавлений викладацької та адміністративної роботи в Українському таємному університеті, професор Мар’ян Панчишин зосередився на лікарській практиці, продовжуючи публікувати свої наукові роботи.

5-6 червня 1927 р. у будинку Народного дому відбувся Другий з’їзд українських природознавців і лікарів. З доповіддю виступив М. Панчишин. 27 січня 1929 р. у Львові під проводом М. Панчишина засновано “Українське гігієнічне товариство”. В лютому 1931 р. У “Лікарському віснику” опубліковано статтю М. Панчишина “Про виразку і пістряка (раку) шлунку і дванадцятипалої кишки”. 24-25- травня 1931 р. в будинку Народного дому відбувся Третій з’їзд Українських природознавців, лікарів, інженерів. З доповіддю виступив М. Панчишин.

Ще одним важливим аспектом діяльності Мар’яна Панчишина була організація ним санаторно-курортної справи, зокрема, оздоровлення хворих природними чинниками, сприятливими кліматичними умовами, мінеральними водами та лікувальним харчуванням. Він відкрив у 1935 р. перший український санаторій у селі Підлютому, розташованому у Карпатах, у глибині гірського хребта Горгани, на висоті 700 м над рівнем моря, поблизу річки Лімниці. У Підлютому здавна розташовувалась літня резиденція львівських митрополитів.

У 1937 р. професор, очолюючи лікарську комісію НТШ, разом із Софією Парфанович, головою Українського протиалкогольного та протинікотинного товариства, видав перший у Галичині ілюстрований гігієнічний журнал “Народне здоров’я”. У “Лікарському віснику”, у “Народному здоров’ї” Мар’ян Панчишин опублікував біля сорока наукових праць з

найбільш актуальних проблем, які стосувалися основ харчування, шкідливого впливу алкоголю на здоров'я людини, хронічного алкоголізму, професійної гігієни, профілактики онкологічних захворювань і різноманітних шлунково-кишкових розладів, туберкульозу у дітей та дорослих, організації протитуберкульозних диспансерів тощо. Згодом він очолив перший у Львові протитуберкульозний диспансер, що знаходився на вулиці Уельського (сьогодні - Устияновича, 4).

Велику роботу проводив Мар'ян Панчишин у “Народній лічниці”, збудованій за задумом його колеги й співробітника Євгена Озаркевича та завдяки суттєвій організаційній і фінансовій підтримці Митрополита Андрея Шептицького, в якій від 1938 року був провідним ординатором відділу внутрішніх хвороб. Цей відділ був обладнаний власним коштом Мар'яна Панчишина.

Після об'єднання Західної України у складі УРСР М.Панчишин був серед тих кількох українських інтелігентів, яких оточили особливою опікою. Чи вірив великий професор обіцянкам нової влади? Історія свідчить, що навіть найблискучіші розуми вірили тим, хто приносив примарну надію здобути (нарешті!) таку бажану, омріяну незалежність. Як би там не було, але перед “народним лікарем” постала дилема: що обрати – перейти в жорстку опозицію чи легально виконувати свої обов'язки? Мар'ян Панчишин обрав другий варіант. У жовтні 1939 р. професора Панчишина призначили завідувачем обласного відділення охорони здоров'я й обрали головою професійної спілки лікарів області, оскільки він був одним із найвідоміших лікарів Галичини Його також обрали і до Народних зборів, які звернулися з проханням до Києва та Москви про включення Західної України до СРСР. Професор Мар'ян Панчишин у складі делегації з найкращих представників Галичини зустрічався у Кремлі зі Сталіним. Невдовзі Мар'ян Панчишин став депутатом Верховної Ради УРСР та Верховної Ради СРСР. Від грудня 1939 р. він завідувач терапевтичної клініки медичного інституту. У 1939-1941 рр. використав своє становище депутата Верховної Ради СРСР для надання допомоги у врятуванні людей від репресій. У лютому 1940 р. медичний факультет університету було реорганізовано у Львівський державний медичний інститут, і професор став завідувачем кафедри шпитальної терапії та радником першого ректора інституту О. Ф. Макаренка. Незабаром йому присвоюють ступінь радянського доктора медичних наук і звання професора без захисту дисертації.

Будучи завідувачем кафедри шпитальної терапії, наприкінці жовтня 1940 р. він організовує наукову конференцію, в якій взяв участь цвіт тогочасної медичної думки – академіки О. Богомолець, М. Стражеско, О. Палладін та професор В. Філатов з Одеси. Під час проведення конференції було проголошено створення Львівського наукового медичного товариства, головою якого і було обрано професора Мар'яна Панчишина.

На початку війни між СРСР і Німеччиною радянська влада призначила його керівником медичного інституту та доручила організувати евакуацію інституту в Росію. В останній момент Панчишин відмовився евакуюватися.

30 червня 1941 р. представники національно-визвольного руху проголосили відновлення української держави і, за пропозицією голови українського державного Правління Ярослава Стецька, призначили Мар'яна Панчишина віце-прем'єром та міністром охорони здоров'я. Проте вже 12 липня гестапо заарештувало голову уряду, діяльність Правління припинилася.

Німецька адміністрація Львова призначила Мар'яна Панчишина керівником клініки медінституту, в якому на той час перебувало близько 1200 хворих. Мар'ян Панчишин водночас спробував відновити медичний факультет Львівського університету. В 1942 р. німці пішли на компроміс і відкрили декілька “курсів”. Серед них були також “державні природничо-медичні фахові курси”. І хоча їх формально очолив професор Шульц із Берліна, керував “курсами” фактично М. Панчишин.

Багаторічні надмірні перевантаження і тривожна ситуація у Львові негативно вплинули на стан здоров'я. У Мар'яна Панчишина почалися серцеві розлади. Він просить притулку від польських бойовиків у митрополичій резиденції на Святоюрській горі.

Саме тут 9 жовтня 1943 р. і перестало битися серце Генія. “Гострий інфаркт міокарда” – напишуть у вичерпно короткій, як саме життя, довідці про смерть.

Похорон професора відбувся 13 жовтня 1943 р. Його домовину супроводжувало кілька тисяч людей. Панахиду відправили чотири єпископи та десятки священників. Поховання відбулося на Личаківському цвинтарі у Львові. Ціла Західна Україна прощалася з великою людиною і меценатом, знаменитим і славним на увесь галицький край лікарем, визначним вченим і заслуженим громадянином, одним із найактивніших будівничих української медичної школи в Галичині. Він належав до трійки найвизначніших громадян Галичини першої половини ХХ століття поруч з Митрополитом Андреем Шептицьким та президентом ЗУНР, доктором Костем Левицьким.

Сьогодні в будинку на вулиці Кармелюка, 3, в якому мешкав Панчишин в останні роки свого життя, діє музей галицької медицини імені Мар'яна Панчишина. 1993 року у Львові вулицю Аральську перейменували на честь ученого та встановили йому пам'ятник. 6 вересня 2007 року у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького відбулась урочиста Академія, присвячена 125-річчю від дня народження професора Мар'яна Панчишина, якого називали “народним лікарем Галичини”.

І сьогодні, є гарна нагода згадати Людину, яка стояла біля витоків галицької медицини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ганіткевич Я.В., Голяченко Я.В. Історія медицини. – Тернопіль: Лілея, 2004. – 248 с.
2. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [М. Панчишин]. – С. 8, 43, 78, 80, 81, 89, 92, 100, 107, 108, 113, 115-117, 121, 126-128, 130, 131, 134, 140, 184, 195, 209, 228, 252, 258, 274, 282.
3. Чорновол І. “Народний професор” Мар'ян Панчишин // Львівська газета. – 2005. – 21 жовтня.
4. Ганіткевич Я.В. Українська медицина Львова до початку Другої світової війни // Народне здоров'я. – 2006. – № 11. – С.4-5.
5. Ганіткевич Я., Надрага О. Панчишин Мар'ян // Зіменковський Б.С., Гжегоцький М.Р., Луцик О.Д. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2006. – Львів: Наутілус, 2006. – С. 217-218.
6. Кияк Ю., Ганіткевич Я., Надрага О. Панчишин Мар'ян // Зіменковський Б.С., Гжегоцький М.Р., Луцик О.Д. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 252-253.
7. Кравець Аретій. Медики у визвольних змаганнях українського народу (від Червоного Хреста до Служби Здоров'я УПА) / До 100 річчя утворення Українського Лікарського Товариства у Львові. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2010. – Випуск 14. – 178 с.
8. Ганіткевич Я. Трагедія групи львівських професорів у 1941 році (до 70-ої річниці страти вчених) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2011. – № 3. – С. 84-97.
9. Ганіткевич Я.В. Український медичний календар на 2012 рік. – К., 2012. – 48 с.

ГАННА ІВАНІВНА СТОЛМАКОВА

До 100-річчя від дня народження



9 вересня 1912 р. в м. Красноармійську Донецької області в родині робітника-залізничника народилася Ганна Іванівна Столмакова – майбутній науковець, педагог, керівник наукової школи гігієністів та громадський діяч. Поступила на санітарно-гігієнічний факультет Дніпропетровського медінституту, який закінчила у 1933 р. проявила наукові здібності і в числі кращих випускників була залишена для наукової та викладацької роботи на кафедрі загальної гігієни на посаді асистента. В 1939 р. захистила кандидатську дисертацію на тему: “Дезинфицирующее действие амиачных солей серебра”. В 1940 р. МОЗ УРСР була призначена на посаду доцента кафедри загальної гігієни Львівського державного медичного інституту. Упродовж 1940 – початку 1941 рр. Ганна Іванівна вела велику організаційну роботу з удосконалення процесу викладання гігієнічної науки і брала активну участь у становленні та розвитку Львівського медичного інституту. Під час Другої світової війни капітан 3 рангу медичної служби Г.І. Столмакова була начальником медчастини евакогоспітально №4428 (м. Астрахань), який приймав солдатів та офіцерів, поранених під час тяжких бойових дій під Сталінградом. Далі вона працювала старшим держсанінспектором м. Бузулук (Оренбурзька область). У 1944 р. Г.І. Столмакова повертається у звільнений від нацистів Львів. Саме у Львові вона пройшла довгий і славний шлях служіння науці. Від 1944 р. її наукова та педагогічна діяльність пов’язана із кафедрами загальної гігієни (до 1953 р.), гігієни харчування (1954-1963 рр., 1971-1991 рр.) Львівського державного медичного інституту, а також із Львівським науково-дослідним інститутом епідеміології, мікробіології і гігієни, директором якого вона працювала упродовж 1961-1971 рр. В 1954 р. Ганна Іванівна захистила докторську дисертацію на тему: Стафилококковые пищевые интоксикации (санитарно-гигиеническое и экспериментальное исследование)” і очолила новостворену в ЛДМІ кафедру гігієни харчування з курсом комунальної гігієни, яка функціонувала до 1963 р., а після відновлення (1971) була перетворена на кафедру гігієни харчування з курсом гігієни дітей і підлітків. В 1955 р. Ганні Іванівні було присвоєно вчене звання професора. До 1981 р. Г.І. Столмакова обіймала посаду завідувача кафедри, а у 1982-1991 рр. – наукового консультанта кафедри.

Працюючи директором Львівського науково-дослідного інституту епідеміології, мікробіології та гігієни, Г.І. Столмакова потужно сприяла його розвитку. Були створені нові лабораторії: арбовірусних інфекцій, токсикології, гігієни харчування, гігієни праці, які активно вирішували найбільш актуальні проблеми.

Професор Г.І. Столмакова є автором понад 300 наукових, навчально-методичних та науково-популярних праць, серед них 12 монографій, посібників, довідників; вона була редактором “Большой медицинской энциклопедии” (третье издание) та багатьох збірників наукових праць та книг, членом редакційної ради журналу “Вопросы питания”. Представляла Україну з науковими доповідями на міжнародних конгресах у США, Італії, Чехословаччині, Болгарії, Угорщині. Професор Г.І. Столмакова підготувала 2 докторів наук та 20 кандидатів наук.

Основні напрямки наукових досліджень проф. Столмакової – вивчення механізмів дії стафілакокового ентеротоксину, бактеріологія, епідеміологія та профілактика харчових

токсикозів, вивчення стану харчування різних категорій населення, якості питної води на Львівщині, причини високого рівня захворюваності щитоподібної залози.

Ганна Іванівна проводила велику громадську роботу як голова правління Львівського обласного наукового товариства гігієністів (1980-1998 рр.), упродовж багатьох років працювала членом Правління Українського та Всесоюзного наукових товариств гігієністів і відповідних товариств дружби та культурних зв'язків із зарубіжними країнами, обиралася депутатом Львівської міської ради.

За видатні заслуги в розвитку науки і підготовку наукових кадрів Ганна Іванівна була удостоєна звання Заслуженого діяча науки УРСР (1968 р.). Вона нагороджена Орденом Вітчизняної війни II ступеня, Трудового Червоного прапора, Дружби народів, багатьма медалями.

Доля відпустила їй майже 90 років життя.

Світла пам'ять про знамениту українку Ганну Іванівну залишається в серцях всіх тих, хто знав її, кому довелося спілкуватися з нею.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кафедра гигиены питания с курсом коммунальной гигиены // Шапиро И.Я. Очерки по истории Львовского медицинского института. – Львов: ЛГМИ, 1959. – С. 163-165.
2. Мартинюк В.З. Кафедра загальної гігієни в минулому і сучасному // Основні напрями в розвитку діяльності кафедр Львівського медичного інституту. – Львів: ЛДМІ, 1966. – С. 79-82.
3. К 70-летию со дня рождения Анны Ивановны Столмаковой // Гигиена и санитария . – 1983. – №1. – С.94.
4. Даценко І. Кафедра загальної гігієни з екологією і радіаційною гігієною // Львівський державний медичний інститут. – Львів: Словник, 1994. – С. 99-102. – Зі змісту: [Г. Столмакова]. – С. 99, 100, 101.
5. Столмакова Ганна, Штабський Борис. Історія кафедри гігієни харчування та профілактичної токсикології з курсом гігієни дітей і підлітків // Львівський ДМІ. – Львів: Словник, 1994. – С. 102-105. – Зі змісту: [Г.Столмакова]. – С. 102, 103, 104.
6. Томашевський Я. Кафедра ендокринології з курсом клінічної фармакології // ЛДМІ. – Львів: Словник, 1994. – С. 2315-217. – Зі змісту: [Г. Столмакова]. – С. 215.
7. Некролог. Ганна Іванівна Столмакова // Acta med.Leopol. – 2002. – №4. – С. 118-119.
8. Українські жінки – вчені-медики // Лікарський збірник. Том XI. На пошану Василя Плюща. – Львів; Чикаго. – 2002. – С. 190-193. – Зі змісту: [Г. Столмакова]. – С. 193.
9. Некролог. Ганна Іванівна Столмакова // Лікарська справа. Врачебное дело. – 2002. – № 7. – С. 140.
10. Світлої пам'яті видатного вченого // Довкілля та здоров'я. – 2002. – №3. – С. 70.
11. Даценко І.І. З турботою про людину: кафедрі загальної гігієни – 85 років // Лікарський збірник. – Т. XIV. До 80-ліття від дня народження Ірини Даценко. – Львів; Чикаго, 2005. – С. 237-239. – Зі змісту: [Г. Столмакова]. – С. 237.
12. Влазнева Б. Світлої пам'яті видатної вченої, педагога, людини // Будьмо здорові. – 2006. – №8. – С. 21.
13. Штабський Б., Пластунов Б. Столмакова Анна Іванівна // Зіменковський Б.С., Гжегоцький М.Р., Луцик О.Д. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2006. – Львів: Наутілус, 2006. – С. 269-270.
14. Штабський Б., Пластунов Б. Столмакова Анна Іванівна // Зіменковський Б.С., Гжегоцький М.Р., Луцик О.Д. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 312.

Ю.М. ПАНИШКО

ЛЕСЯ РОСТИСЛАВІВНА МАТЕЩУК-ВАЦЕБА
ДО 55-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ



Леся Ростиславівна Матешук народилася 20 вересня 1957 р. у Львові у шляхетній галицькій сім'ї. Батько – Ростислав Володимирович Матешук – відомий вчений, дитячий хірург. Мати – Ірина (Орися) Матешук – відома громадська діячка, поетеса, автор понад 100 статей, діяльність якої визнана не лише в Україні, а також і за кордоном.

Леся Ростиславівна закінчила Львівську СШ №28 з поглибленим вивченням німецької мови, а також музичну школу. Сумнівів у виборі життєвого шляху не було: обрала дорогу дідуся – Володимира Павловича Матешука – відомого у світі вченого-хірурга, доктора медичних наук, професора., та батька – Ростислава Володимировича. Вступила на педіатричний факультет Львівського державного медичного інституту, який закінчила з відзнакою у 1981 р. Працювала лікарем-інтерном Львівської обласної дитячої клінічної лікарні (1981-1982). Але тяга до наукової роботи виявилася сильнішою і Леся Ростиславівна перейшла працювати на теоретичну кафедру – нормальної анатомії. Обирає тему кандидатської дисертації: “Деструктивные и компенсаторные изменения гемомикроциркуляторного русла глазного яблока в условиях ишемии, возможности их коррекций”, яку захистила у 1986 р. В 1987 р. отримує диплом кандидата медичних наук. З 1993 р. Леся Ростиславівна працює на посаді доцента кафедри нормальної анатомії. Вчене звання доцента кафедри нормальної анатомії їй присвоєно у 1997 р. В цьому ж році виходить у світ посібник “Нормальна анатомія”.

Цикл наукових розробок пов'язаний з вивченням морфологічних та функціональних особливостей очного яблука: розвиток судинної оболонки очного яблука людини в процесі внутрішньоутробного онтогенезу, морфометричний аналіз ангіоархітекtonіки очного яблука, розробка методики застосування лазерного опромінення крові при ішемічних станах ока, вплив гелій-неонового лазера на судинне русло та структурні компоненти очного яблука, вплив

гіпербаричної оксигенації на стан судинного русла очного яблука в нормі та при ішемії.

У 2001 р. Леся Ростиславівна захищає докторську дисертацію на тему: “Закономірності перебудови гемомікроциркуляторного русла ока в онтогенезі, при ішемії та лазеротерапії”. З 2002 р. Л.Р. Матешук-Вацеба працює на посаді професора кафедри. В 2004 р. присвоєно вчене звання професора.

На сьогодні Леся Ростиславівна Матешук-Вацеба є автором близько 150 наукових публікацій, 10 навчально-методичних посібників, керує виконанням кандидатських дисертацій.

Леся Ростиславівна – активний громадський діяч медуніверситету, вона автор збірки віршів “Слова”.

Ювілейна дата – це привід оцінити здобутки та прорахунки минулого, скорегувати цілі та рухатися вперед.

Життя продовжується. І читаючи деякі сумні рядки із збірки поезій Лесі Ростиславівни Матешук-Вацеби “Слова”, в якій понад сотню трирядкових мініатюр (“хайку”) хочеться нагадати слова із вірша “Обжинки” Ірини Зайцевої (1998 р.):

Прожите підсумовую, складаю
В копиці, в полукіпки,
і однак
На скирту не зберу добра –
не маю,
...Та ще зоріє мій небесний знак.

З РОСИ І ВОДИ, ШАНОВНИЙ ЮВІЛЯРЕ!

Хроніка вересня: ЛАУРЕАТИ НОБЕЛІВСЬКОЇ ПРЕМІЇ З ФІЗІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ

1 вересня 1899 р. в Тралалгоні (Австралія) народився Френк Макфарлейн Бьорнет. Після закінчення Джилонг-коледжу в 1917 р. Бьорнет вступив на медичне відділення Ормонд-коледжу Мельбурнського університету і в 1922 р. отримав ступінь бакалавра, а в 1923 р. – медичний диплом. Продовжив навчання з патології в Мельбурнській лікарні, одночасно працюючи в Мельбурнському університеті. В 1926 р. отримав стипендію для медичних досліджень в Інституті Лістера в Лондоні. У 1927 р. одержав докторський ступінь у Лондонському університеті. У 1932-1933 рр. Бьорнет продовжив дослідження в галузі вірусів тварин у Національному інституті медичних досліджень у Хемпстеді (Великобританія). Він удосконалив культивування вірусів в ембріонах курей, оскільки курячі ембріони не виробляють антитіл проти вірусів. Бьорнет з колегами намагалися виробити штучну толерантність у курчат, але спроби виявилася невдалими.

У 1953 р. Пітеру Б. Медавару з колегами вдалося створити штучну толерантність, використовуючи пересажені органи.

У 1960 р. М. Бьорнету та П. Медавару була присуджена Нобелівська премія “за відкриття штучної імунної толерантності”.

Згідно з клонально-селекційною теорією, в ембріонах існують “зразки” тих десятків, сотень, мільйонів антитіл, які можуть виробитися в дорослої тварини. Кожна антитілопродукуюча клітина може виробляти один тип антитіл. Під час критичного періоду внутрішньоутробного розвитку та на ранніх стадіях постнатального життя кожна клітина, яка зустрічається з антигеном, відповідним її специфічному антитілу знешкоджується або інактивується. До кінця критичного періоду всі клітини, які несуть антитіла проти власних антигенів організму, видаляються із сукупності антитілопродукуючих клітин.

М. Бьорнет був удостоєний Королівської медалі (1947 р.), медалі Коплі (1959) Лондонського королівського наукового товариства. З 1953 р. він був членом Лондонського королівського коледжу хірургів.

Помер М.Бьорнет 31 серпня 1985 р. від раку, не доживши 3 днів до 86 років.

4 вересня 1906 р. в Берліні народився Макс Людвіг Хеннінг Дельбрюк. Після закінчення грюндвальської гімназії у 1924 р. він був зарахований в університет Тюбінгена, але потім перейшов в Берлінський, далі вчився в Бонні, знову в Берліні й нарешті в Геттінгені. Дельбрюк розробив математичні докази хімічного зв'язування літію і в 1930 р. дістав докторський ступінь з фізики. Працював у Копенгагенському університеті, в Великобританії, Швейцарії. Повернувся в Берлін у 1932 р. У 1937 р. дістав другу стипендію Рокфеллерівського інституту для вивчення біології та генетики в Каліфорнійському технологічному інституті в Пасадені, де провів дослідження генетики бактеріофагу.

В 1940 р. зустрівся з Сальвадором Лурія, який проводив дослідження бактеріофагів в Колумбійському університеті Нью-Йорка і домовився про спільні дослідження. Результати досліджень виявили, що ДНК бактеріальної клітини підлягає спонтанним мутаціям. У 1943 р. М. Дельбрюк почав співпрацювати з Альфредом Херші і разом із Сальвадором Лурія організували групу по вивченню бактеріофагів. В 1946 р. вони виявили можливість обміну генетичною інформацією між двома лініями бактеріофагів, якщо одна бактеріальна клітина інфікується кількома бактеріофагами. Цей феномен,

який назвали генетичною рекомбінацією, був першим експериментальним доказом рекомбінації ДНК у вірусах.

У 50-60 рр. в лабораторії Дельбрюка збиралися видатні вчені, що працювали над проблемою генетичного коду. В 1946 р. М. Дельбрюк був призначений керівником біологічних досліджень у Каліфорнійському технологічному інституті, а 1947 р. став професором біології. У 1949 р. М. Дельбрюка обрали в члени НАН.

В 1969 р. М. Дельбрюк, А. Херші, С. Лурія отримали Нобелівську премію “за відкриття, які стосуються механізму реплікацій та генетичної структури вірусів”.

М. Дельбрюк працював в Каліфорнійському технологічному інституті до 1977 р. і пішов на пенсію.

М. Дельбрюк був гідно пошанований при житті: Кімберівська нагорода з генетики НАН США (1964), премія Грегора Менделя Німецької академії дослідників природи “Леопольдіна” (1967), премія Луїзи Гросс-Хорвіц Колумбійського університету (1969). Він був членом Американської АН та мистецтв, Королівської академії Данії, Лондонського королівського товариства, АН Франції, мав почесні ступені університетів Копенгагена, Чикаго, Гейдельберга, Гарварда, Геттінгена, Південної Каліфорнії.

В 1978 р. у м. Дельбрюка діагностували злоякісну пухлину і 10 березня 1981 р. він помер на 75 році життя.

6 вересня 1876 р. у Клюні (Шотландія) народився Джон Джеймс Ріккард Маклеод. Після початкової освіти в 1893 р. вступив до Маршал-коледжу Абердінського університету і в 1898 р. одержав ступінь бакалавра з медицини та хірургії. В 1899 р. навчався в інституті фізіології Лейпцизького університету, потім працював асистентом професора фізіології в медичній школі Лондонської лікарні і через 2 роки був призначений викладачем біохімії. У 1903 р. опублікував підручник “Практична фізіологія”, переїхав у США, де отримав посаду професора фізіології в Університеті Вестерн-Резерв у Клівленді і почав вивчати метаболізм вуглеводів та хвороби “цукровий діабет”. У 1918 р. Маклеод був призначений професором фізіології Торонтського університету. Почав співпрацювати з канадським хірургом Фредеріком Бантінгом.

В 1921 р. Ф. Бантінг та Ч. Бест екстрагували з острівцевої тканини підшлункової залози інсулін і доказали його вплив на рівень глюкози в крові. В січні 1922 р. в Торонто вперше інсулін був застосований в клініці для лікування цукрового діабету у 14-річня хлопця. В кінці 1922 р. було налагоджено виробництво інсуліну.

В 1923 р. Дж. Маклеод та Ф.Бантінг отримали Нобелівську премію “за відкриття інсуліну”.

В 1925 р. Дж. Маклеод опублікував книгу “Інсулін та його застосування при діабеті”, став президентом Королівського канадського інституту. В 1928 р. отримав посаду професора – керівника фізіологічних досліджень в Абердинському університеті. Через деякий час став деканом медичного факультету. Маклеод був членом Американського фізіологічного товариства, Канадського королівського товариства, Лондонського королівського товариства, Королівського коледжу лікарів, почесним академіком Королівської академії медицини в Римі, іноземним членом Філадельфійського коледжу лікарів.

Хвороба суглобів зробила його інвалідом і 16 березня 1935 р. він помер на 59 році життя.

6 вересня 1939 р. в м. Нагоя (Японія) народився **Тонегава Судзумі**. Вступив до вищої школи Хібія в Токіо, де проявив інтерес до хімії. В 1959 р. вступив на хімічний факультет університету Кіото. Робота в лабораторії І. Ватанабе в інституті вірусів університету Кіото була цікавою, бо давала можливість спілкуватися з американськими біологами. Через деякий час Т. Судзумі був зарахований на факультет біології Каліфорнійського університету в Сан-Дієго. В 1989 р. Тонегава отримав ступінь доктора з молекулярної біології. Далі була робота в Солківському інституті біологічних досліджень у Ла-Джолі в лабораторії Р. Дульбекко. В 1979 р. вчений залишив США і переїхав до Базельського інституту імунології, де пропрацював до 1981 р. Отримав запрошення від С. Лурія – директора Центру ракових досліджень в Массачусетському технологічному інституті на роботу. Займався проблемами ролі соматичної перекласифікації в активізації перекласифікованих антитіл гена.

У 1987 р. Тонегава отримав Нобелівську премію “за відкриття генетичного принципу для генерації різновиду антитіл”.

Т. Судзумі нагороджений премією Фонду Макса Клоета (1978, Швейцарія), Варрена Тренніала (1980, США), Великою премією з генетики (1981, Японія), Ландштайнера з імунології (1981, ФРН), Асахі (1982, Японія), Луїзи Гросс-Хорвіц Колумбійського університету (1982, США), Роберта Коха (1986, ФРН) та іншими відзнаками.

6 вересня 1943 р. в Дербі (Великобританія) народився **Річард Робертс**. Після закінчення середньої школи вступив на хімічний факультет Шеффілдського університету. В 1969 р. професор Д. Стромінгер – молекулярний біолог та біохімік запропонував роботу в лабораторії в Гарварді (США). Упродовж 4 років Робертс вивчав транспорту РНК. В 1972 р. прийняв запрошення Д. Уотсона і переїхав в Холд Спрінг-Харбор, де почав готувати препарати ендонуклеази та ще кількох обмежених ферментів. Три чверті перших у світі обмежених ферментів були відкриті та описані в лабораторії Робертса. В 1977 р. Робертс зробив дослід, щоб довести, що запропонована розщеплена структура матричної ДНК аденовірусу-2 була правильною. За допомогою електронної мікроскопії візуально вдалося побачити розщеплені гени.

У 1993 р. Р. Робертс, Ф. Шарп отримали Нобелівську премію “за відкриття, незалежно один від одного, переривчастої структури гену”.

9 вересня 1923 р. в Йонкерсі (США) народився **Деніел Карлтон Гайдузек**. В 16 років поступив в Рочестерський університет, де в 1943 р. одержав ступінь бакалавра біофізики і вступив в Гарвардську медичну школу, де через 3 роки отримав медичний ступінь. Займав посаду лікаря в дитячих лікарнях Бостона та Нью-Йорка, пройшов дворічне стажування з фізхімії в Каліфорнійському технологічному інституті, де працював з Лайнусом Полінгом та іншими відомими дослідниками. З 1949 р. по 1952 р. вивчав проблеми вірусології в Гарвардській лабораторії Д. Ендерса. З 1952 р. по 1954 р. відслужив в Армійському медичному центрі Уолтера Ріда. З 1954 р. по 1956 р. працював у Пастерівському інституті в Тегерані (Іран), де вивчав сказ, чуму, холеру. Далі була поїздка в Австралію, де займався вивченням проблеми “куру” – смертельного захворювання мозку. У 1963 р. Гайдузек розпочав експерименти з пересадки зразків тканин головного мозку померлих від “куру” людей людиноподібним мавпам: через 2 роки у піддослідних тварин з’явилися ознаки захворювання. До 1971 р. були одержані культури, які свідчили, що хвороба Крейтцфельда-Якоба може передаватися тваринам.

Хвороби, викликані повільними вірусами, не супроводжуються вираженою імунною реакцією: запальним процесом, гіпертермією, виробленням антитіл та інтерферону. Усі факти переконали Гайдузека, що повільні віруси – новий хвороботворний агент – інфекційний білок.

В 1976 р. Д. Гайдузек та Б.Бламберг отримали Нобелівську премію “за відкриття, що стосується нових механізмів походження та розповсюдження інфекційних захворювань”.

Д. Гайдузек був удостоєний багатьох премій та нагород, але арешт та засудження в 1997-1998 рр. за звинуваченнями у педофілії стало сумною сторінкою в історії Нобелівських премій.

14 вересня 1936 р. в штаті Індіана (США) народився Ферід Мьюред. Закінчив Клівлендський університет і в 1965 р. одержав докторський ступінь з фармакології. У 1971-1981 рр. очолював клінічний дослідницький центр Університету штату Вірджинія, працював професором фармакології в кількох американських університетах. В середині 70-х років Мьюред встановив, що оксид азоту активізує роботу внутрішньоклітинного ферменту – гуанілатциклази, яка забезпечує синтез циклічного гуанозинмонофосфату. Незалежно від Мьюреда, інший американський фармаколог Л. Ігнарро встановив, що розслаблювальна дія NO на кровоносні судини і здатність гальмувати агрегацію тромбоцитів пов'язані з активацією гуанілатциклази. Американський фармаколог Р. Фьорчготт доказав, що ендотеліальні клітини продукують невідому речовину, що розслаблює гладку мускулатуру судин. Цей сигнал молекули Р. Фьорчготт назвав ендотеліальним фактором релаксації судин (ЕФР). Л. Ігнарро разом з Р. Фьорчготтом встановили, що активною основою ЕФР є оксид азоту. В липні 1986 р. вчені представили свій матеріал на конференції, що сприяло вивченню біологічної ролі оксиду азоту і стимулювало дослідження у всьому світі. Виявилося, що оксид азоту захищає серце, стимулює мозок, вбиває бактерії.

В 1998 р. Ф. Мьюред, Р. Фьорчготт, Л. Ігнарро отримали Нобелівську премію “за відкриття ролі азоту як сигнальної молекули в регуляції серцево-судинної системи”.

Ф. Мьюред є професором відділення біохімії, фармакології та фізіології Техаського університету в Х'юстоні, почесним членом багатьох наукових товариств, в тому числі почесним доктором ЛНМУ імені Данила Галицького.

16 вересня 1853 р. в Ростокі народився Людвіг Карл Мартін Леонгард Альбрехт Коссель. В 1872 р. вступив до Імперського університету в Страсбурзі. В 1877 р. одержав докторський ступінь з медицини і почав працювати в Інституті фізичної хімії. Упродовж наступних років вивчав хімічні компоненти нуклеїну. Досліджуючі фізіологічні властивості неклеїну, зрозумів, що ця речовина має велике значення для росту тканин. В 1883 р. Коссель став директором відділу хімії, а в 1887 р. – асистент-професором Берлінського фізіологічного інституту, де працював до 1895 р. Потім він переїхав у Магдебург, де став професором фізіології та директором інституту фізіології, в якому мав можливість повністю присвятити себе науковим дослідженням. У 1901 р. Коссель обійняв посаду директора Гейдельберзького фізіологічного інституту, де працював до 1924 р.

У 1910 р. А. Коссель отримав Нобелівську премію “за вклад у вивчення хімії клітин, внесений дослідженням білків, включаючи нуклеїнові кислоти”.

А. Коссель був удостоєний почесних ступенів університетів Кембриджа, Дубліна, Единбурга, Гента, Грейсфальда, Сент-Ендрю, був членом багатьох наукових закладів.

5 липня 1927 р. А. Коссель помер від серцевого нападу на 74 році життя.

16 вересня 1893 р. В Будапешті народився **Альберт Сент-Дьордь фон Нейгіранолт**. У 1914 р. Сент-Дьордь вступив на медичний факультет Будапештського університету, але з початком Першої світової війни був мобілізований до австро-угорської армії, воював 3 роки, був нагороджений срібною медаллю і після поранення повернувся додому. У 1917 р. здобув диплом лікаря. Після закінчення війни став асистентом професора фармакології університету в Позоні (нині Братислава). Через деякий час повернувся в Будапешт, але потім емігрував з Угорщини. Упродовж десяти років проводив наукові дослідження в різних країнах Європи.

Під час аналізу біологічного окиснення в рослинних клітинах Сент-Дьордь виявив сильний відновлювач, або донор водню. Працюючи в кембриджського фізіолога Ф. Хопкінса С. Дьордь з рослин та наднирників отримав кристали відновлювальної речовини, яку він назвав гексураноною кислотою. За цю роботу Кембриджський університет присудив йому ступінь доктора філософії. У 1930 р. С. Дьордь їде в Угорщину, де був призначений професором медичної хімії в університетах Сегеда, а 1935 р. – професором органічної хімії.

В 1937 р. Альберт Сент-Дьордь був нагороджений Нобелівською премією “за відкриття у галузі процесів біологічного окиснення, пов’язаних зокрема з вивченням вітаміну С і каталізу фумарової кислоти”.

В 1938 р. С-Дьордь був призначений професором університету в Льєжі (Бельгія). Під час Другої світової війни брав участь у підпільній боротьбі. В 1947 р. емігрував у США і в 1955 р. отримав американське громадянства. Був гідно пошанований при житті: премія Камерона Единбурзького університету (1945) та премії Альберта Ласкера Американської кардіологічної асоціації (1959). Був членом Будапештської АН, НАН США, Американської АН та мистецтв, мав почесні звання університетів Лозанни, Падуї, Парижа, Бордо, Кембриджа, Оксфорда, Брауна.

Помер А. Сент-Дьордь 22 жовтня 1986 р. на 94 р. життя від ниркової недостатності.

21 вересня 1866 р. в Руані (Франція) народився **Шарль Джуліс Генрі Ніколь**. Після навчання в Руані та Парижі Ніколь у 1889 р. склав іспити для медичного стажування. Ніколь навчався в Пастерівському інституті і в 1893 р. захистив докторську дисертацію, повернувся працювати в Руан в Муніципальному госпіталі завідувачем бактеріологічної лабораторії. В 1902 р. став директором філіалу Пастерівського інституту в Тунісі і перетворив його у центр медичних досліджень.

Ніколь займався проблемами лейшманіозу та токсоплазмозу, трахоми, тифу висипного. Спостережливість Ш. Ніколя допомогла йому встановити, “що заразним агентом може бути тільки одежна воша”.

У 1928 р. Ш. Ніколь була присуджена Нобелівська премія “за встановлення передавача висипного тифу”.

У 1932 р. Ніколь був призначений на посаду керівника відділу експериментальної медицини у Колеж де Франс. Серед нагород Ніколя є премія Орсіса АН (1927), орден Почесного легіону (1920).

Помер Ш. Ніколь в Тунісі 28 лютого 1936 р. на 70 році життя.

22 вересня 1901 р. в Галіфаксі (Канада) народився **Чарльз Брентон Хаггінс**. Після початкової освіти вступив до університету Акадіа у Волфвілі, який закінчив у 1920 р. зі званням бакалавра. Був зарахований до Гарвардської медичної школи в Бостоні і в 1924 р. отримав медичний ступінь. Після інтернатури з хірургії у госпіталі Мічиганського університету в 1926 р. був призначений викладачем хірургії медичної школи університету. У 1927 р. викладач в медичній школі Чиказького університету, в 1929 р. – асистент професора, в 1933 р. – ад'юнкт-професор, в 1936 р. – повний професор.

Зацікавився проблемами хвороб передміхурової залози. В 1939 р. Хаггінс з колегами встановили, що тестостерон стимулює ріст та секреторну активність залози, а естрогени стримують її ріст. В 1941 р. Хаггінс з колегами опублікували дані про те, що естрогени затримують ріст раку передміхурової залози. У 1951 р. Хаггінс стає директором Бенмейєвської лабораторії з вивчення раку Чиказького університету, де він почав займатися проблемами раку грудної залози.

В 1966 р. Хаггінс був нагороджений Нобелівською премією “за відкриття, що стосуються гормонального лікування раку передміхурової залози”.

За видатні досягнення у медичних дослідженнях Хаггінсу у 1962 р. було присвоєно звання професора. В 1972 р. Хаггінса призначили президентом Університету Акадіа. На цій посаді він працював до 1979 р.

Ч. Хаггінс був гідно пошанований при житті: багато премій, нагород, почесних звань, членство у багатьох наукових товариствах. Помер Ч. Хаггінс в 1997 р. на 93 році життя.

24 вересня 1895 р. в Парижі народився **Андре Фредерік Курнан**. Після навчання у ліцеї Кондорсе отримав звання бакалавра мистецтв у Сорбонні. Через рік дістав диплом з фізики, хімії та біології на природознавчому факультеті і вступив до медичної школи. З 1915 р. по 1918 р. служив санітаром у французькій армії, був нагороджений бойовими нагородами. Після війни вивчав медицину в Сорбонні. Стажувався у 1926-1930 рр. по неврології, займався проблемами розсіяного склерозу. Після отримання медичного ступеня в 1930 р. переїхав у США. В 1934 р. Курнан став викладачем медицини в Коледжі лікарів та хірургів Колумбійського університету. Зацікавився проблемами фізіології кардіопульмональної системи. В 1930 р. Курнан разом з Річардсом почали серію експериментів, спрямованих на розвиток методу катетеризації серця.

У 1941 р. Курнан з колегами провів першу з часів Форсмана (1929) катетеризацію серця. Курнан проводив катетеризацію серця у дітей з різноманітними вадами серця.

В 1956 р. А. Курнан, В. Форсман, Д. Річардс отримали Нобелівську пермію “за відкриття, що стосуються катетеризації серця і патологічних змін у системі кровообігу”.

А. Курнан був гідно пошанований при житті: медалі, премії, звання, членство в багатьох наукових товариствах.

24 вересня 1898 р. в Аделаїді (Австралія) народився **Ховард Уолтер Флорі**. Після закінчення університетської школи св. Петра став студентом Аделаїдського університету. У 1921 р. отримав ступінь бакалавра наук, був зарахований до Модлін-коледжу в Великобританії. Отримавши в Оксфорді ступені бакалавра наук та магістра

мистецтв, Флорі продовжив навчання в Кембриджі. У 1925 р. Флорі мав можливість 10-місячного стажування у США. У 1926 р. повернувся до Великобританії, де дістав посаду наукового співробітника в лондонській лікарні та Кембриджі. У 1927 р. отримав ступінь доктора філософії за роботи з кровообігу. У 1932 р. Флорі перейшов працювати в Шеффілдський університет на посаду завідувача кафедри патології, в 1934 р. став професором патології. На посаду завідувача відділу біохімії був запрошений студент Флорі – Ернс Чейн. В 1939-1940 рр. Флорі, Чейн та їх колеги займалися проблемами отримання пеніциліну у великих обсягах. В липні 1941 р. Флорі та Хітлі відправилися до США, щоб домогтися можливості промислового виробництва пеніциліну.

В 1945 р. Х. Флорі, Е. Чейн, А. Флемінг отримали Нобелівську премію “за відкриття пеніциліну та його цілющого впливу при різних інфекційних хворобах”.

Після війни Х. Флорі продовжив роботу з проблеми антибіотиків, найбільш вдалими з яких були цефалоспорини. В 1960 р. Х. Флорі був обраний президентом Королівського товариства.

Х. Флорі при житті був гідно пошанований: премії, нагороди, медалі, членство в наукових товариствах.

Помер Х. Флорі 21 лютого 1968 р. на 70 році життя від серцевого нападу.

24 вересня 1905 р. в м. Луарка (Іспанія) народився Северо Очоа. Навчався в коледжі Малаги. Отримав ступінь бакалавра гуманітарних наук в 1921 р. і вступив до медичної школи Мадридського університету, яку закінчив з відзнакою в 1929 р. Подальші 2 роки вивчав біохімію та фізіологію м'язів в інституті Кайзера Вільгельма у Гейдельберзі та Берліні. В 1931 р. Очоа повернувся в Мадридський університет викладачем фізіології та біохімії, а в 1932 р. працював в Національному інституті медичних досліджень в Лондоні. В 1935 р. Очоа повернувся в медичну школу Мадридського університету. З початком громадянської війни 1936 р. сім'я Очоа покинула країну і він 5 років працював в лабораторіях Німеччини та Великобританії, де вивчав функцію вітамінів та проміжний метаболізм. На початку Другої світової війни (1941 р.) Очоа емігрував в США, а в 1956 р. одержав американське громадянство. Працював у відділі фармакології Вашингтонського університету в Сент-Луїсі. З 1942 р. працював в медичній школі університету Нью-Йорка: асистент професора біохімії (1945), професор та керівник відділу фармакології (1946), професор біохімії (1954). З 1949 р. він професор біохімії Каліфорнійського університету в Берклі.

Очоа виявив, що повне окислення 1 молекули глюкози до CO_2 дає 36 молекул АТФ. Три види РНК беруть участь у послідовному включенні амінокислот у молекулу білка: інформаційна, рибосомна та транспортна. В 1955 р. Очоа виділив фермент полінуклеотидфосфорилазу і отримав синтетичну РНК.

В 1959 р. С. Очоа, А. Корнберг отримали Нобелівську премію “за відкриття механізмів біологічного синтезу рибонуклеїнової та дезоксирибонуклеїнової кислот”.

С.Очоа вийшов на пенсію в 1975 р.. був гідно пошанований при житті: звання, премії, медалі, членство в багатьох наукових товариствах світу.

Помер Северо Очоа в 1993 р. на 88 році життя.

25 вересня 1866 р. в Ленсінгтоні (США) народився Томас Хант Морган. В 1886 р. одержав ступінь бакалавра наук в Державному коледжі. В 1887 р. він вступив до Університету Джонса Гопкінса і почав вивчати морфологію та фізіологію. В 1886 р.

одержав ступінь бакалавра наук в Державному коледжі. В 1887 р. вступив до Університету Джонса Гопкінса і почав вивчати морфологію та фізіологію. У 1890 р. отримав ступінь доктора філософії за дослідження з ембріології морських павуків. В 1891 р. мтав ад'юнкт-професором у Брін-Майрівському коледжі. У 1904 р. Моргана призначили професором експериментальної зоології Колумбійського університету. У 1908 р. Морган почав генетичне вивчення плодової мушки дрозофіли (у мушки всього 4 хромосоми, тривалість життя 3 місяці). Після довгих експериментів Морган та його колеги дійшли висновку, що хромосоми дійсно прямо пов'язані зі спадковістю. Морган встановив, що деякі ознаки пов'язані між собою і назвав це явище зчепленням зі статтю. Морган підозрював, що хромосоми в парі можуть розщеплюватися та рекомбінувати, тобто проводити обмін генами. У 1928 р. Морган розпрощався з Колумбійським коледжем і організував біологічне відділення в Каліфорнійському технологічному інституті в Пасадені. Його робота в цій установі принесла заслужену славу провідної організації в галузі експериментальної біології.

В 1933 р. Т.Х. Морган отримав Нобелівську премію “за відкриття, пов'язані з роллю хромосом у спадковості”.

В 1941 р. Морган дістав звання почесного професора біології Каліфорнійського технологічного інституту.

Морган був гідно пошанований при житті: медалі, звання, нагороди, членство в багатьох наукових товариствах.

4 грудня 1945 р. Т.Х. Морган помер від шлункової кровотечі на 80 році життя.

26 вересня 1849 р. в Рязані (Росія) народився Іван Петрович Павлов. В 1860 р. І.П. Павлов вступив до Рязанського духовного училища, а в 1870 р. вступив на природознавче відділення фізико-математичного факультету Петербурзького університету. В 1875 р. Павлов отримав звання кандидата природничих наук і вступив на III курс Медико-хірургічної академії Санкт-Петербурга. Далі Павлов працював асистентом у Ветеринарному інституті, де 2 роки вивчав травлення та кровообіг. В 1877 р. працював у Бреслау з Рудольфом Гейденгайном, спеціалістом з травлення. В 1878 р. працював в лабораторії С. Боткіна в Бреслау. В 1883 р. Павлов захистив докторську дисертацію. Потім Іван Павлович виїхав за кордон працювати з Гейденгайном та Карлом Людвігом в Лейпцигу.

В 1879 р. розпочинаються дослідження Павлова з фізіології травлення, які тривали понад 20 років. На 1890 р. праці І.П. Павлова були визнані вченими всього світу. З 1891 р. І.П. Павлов – завідувач фізіологічного відділення Інституту експериментальної медицини, одночасно у Військово-медичній академії завідував кафедрою фізіології, в якій працював з 1895 до 1925 року.

У 1904 р. І.П. Павлов був нагороджений Нобелівською премією “за роботу з фізіології травлення”.

І.П. Павлов після 1902 р. сконцентрував свої наукові інтереси на вивченні вищої нервової діяльності.

Павлов був гідно пошанований при житті: премії, медалі, почесні звання, членство у багатьох наукових установах.

Помер І.П. Павлов 27 лютого 1936 р. від пневмонії на 87 році життя.

26 вересня 1886 р. в Брістолі народився Аргібалд Вівієн Хілл. У 1905 р. Хілл вступив до Трініті-коледжу в Кембриджі для вивчення математики. Через 2 роки інтерес

до математики послабився і за порадою фізіолога Вальтера Флетчера зацікавився фізіологією нервово-м'язової системи жаб. У 1909 р. Хілл завершив свою природничу освіту і почав працювати у фізіологічній лабораторії Кембриджа. У 1911 р. Хілл поїхав у Німеччину для ознайомлення з досягненнями фізіології. Під час Першої світової війни добровольцем служив в англійській армії і в 1918 р. був нагороджений орденом. В 1920 р. отримав місце професора на кафедрі фізіології в Манчестерському університеті.

У 1923 р. А. Хілл отримав Нобелівську премію “за відкриття в галузі теплоутворення в м'язах”. Разом з ним премію отримав Отто Мейєргоф.

В 1923 р. А. Хілл став професором фізіології в університетському коледжі в Лондоні. В 1939 р. Хілл стає радником військового кабінету. В 1940 р. обраний до парламенту. До 1952 р. продовжував дослідження з фізіології м'язів.

Хілл був гідно пошанований при житті: премії, звання, медалі, членство в наукових товариствах.

Помер А. Хілл 3 червня 1977 р. від ускладнень після вірусної інфекції на 91 році життя.

27 вересня 1925 р. в Манчестері (Великобританія) народився Роберт Джеффі Едвардс. Після закінчення середньої школи служив в британській армії, брав участь у Другій світовій війні. Після демобілізації вчився в Бангорському університеті, потім в Единбурзькому університеті. В 1955 р. отримав звання доктора філософії за роботу в галузі ембріології. У 1958 р. почав працювати в Національному інституті медичних досліджень в Лондоні, де розпочав вивчення проблеми людського запліднення. В 1963 р. працював в Кембриджі. Відкрив перший в світі Центр екстракорпорального запліднення. В 2001 р. отримав премію Ласкера “за розвиток екстракорпорального запліднення”. В 2007 р. посів 26 місце в списку 100 найвидатніших живих геніїв за версією газети “Daily Telegraph”.

В 2010 р. Р.Едвардс отримав нобелівську премію “за розробку технології штучного запліднення”.

30 вересня 1951 р. в Калгурлі (Австралія) народився Баррі Джеймс Маршалл.

Маршалл закінчив університет Західної Австралії, де отримав ступінь бакалавра медицини і хірургії в 1975 р. В 1979 р. розпочав роботу в Королівському госпіталі Перта, де в 1981 р. зустрівся з Робіном Ворреном – патологом госпіталю. Удвох вони почали дослідження бактерії *Helicobacter pylori* та її зв'язку з гастритом. У 1982 р. вони виділили культуру *H. pylori* у хворого і висунули гіпотезу про те, що ця бактерія викликає рак і виразку шлунку. Ця гіпотеза була зустрінена медичною громадністю недовірою. В 1984 р. Маршалл сам випив культуру бактерії, виділену від хворого і незабаром у нього розвинулися симптоми гастриту з ахлоргідрією. На 14 день стан хворого покращився, а біопсія не показала наявності бактерій в шлунку. Дві статті з описом експерименту були опубліковані в журналі “Medical Journal of Australia” і стали найбільш цитованими статтями журналу. Після цього Маршалл працював в Королівському госпіталі Перта (1985-1986)/, потім в Університеті Вірджинії (1986-1996), далі він повернувся до Університету Західної Австралії, де працював упродовж 1998-2003 рр. б. Маршалл був гідно пошанований: премії, медалі.

У 2005 р. Б. Маршалл та Р. Воррен отримали Нобелівську премію “за роботи по вивченню впливу бактерії *Helicobacter pylori* на виникнення гастриту та виразки шлунку і дванадцятипалої кишки”.

У 2007 р. Б. Маршалл став кавалером ордена Австралії вищого ступеня.

ЛІТЕРАТУРА

1. Довгий С. О. Лауреати Нобелівської премії: 1901-2001: енцикл. довід. / С.О. Довгий, В.М. Литвин, В.Б. Солоїденко. – К.: Укр. вид. центр, 2001. – 768 с.
2. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біогр. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д.Герич, О.О.Куш. – Ужгород:Закарпаття, 2003.– 420 с.
3. Лауреаты Нобелевской премии: энцикл.: в 2-х кн.: пер. с англ. / отв. ред. Е.Ф.Губский. – М.: Прогресс, 1992. – 1636 с.
4. Петров П. Нобелевская премия по физиологии и медицине-2010 // Элементы ру. – 2010.
5. www.ru.wikipedia.org/wiki/Эдвардс,_Роберт_Джеффри
6. www.ru.wikipedia.org/wiki/Маршалл,_Барри

Наукове видання

ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ
Здоровий спосіб життя
Збірник наукових праць
Випуск 7

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

С.Д. Бабляка – кардіолога ЛОКЛ

А.Л. Васильчука – доцента, народного цілителя України

В.А. Токового – приватного підприємця

М.М. Цьоми – Майстра спорту України, приватного підприємця

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

Підписано до друку 07.08.2012
Формат 60*84/8. Папір офсетний
Гарнітура Times New Roman
Друк цифровий.
Ум. друк. арк. 6,975. Фіз. друк. арк. 7,5
Наклад 85 прим.

Надруковано:
ТзОВ «Графік Стар»