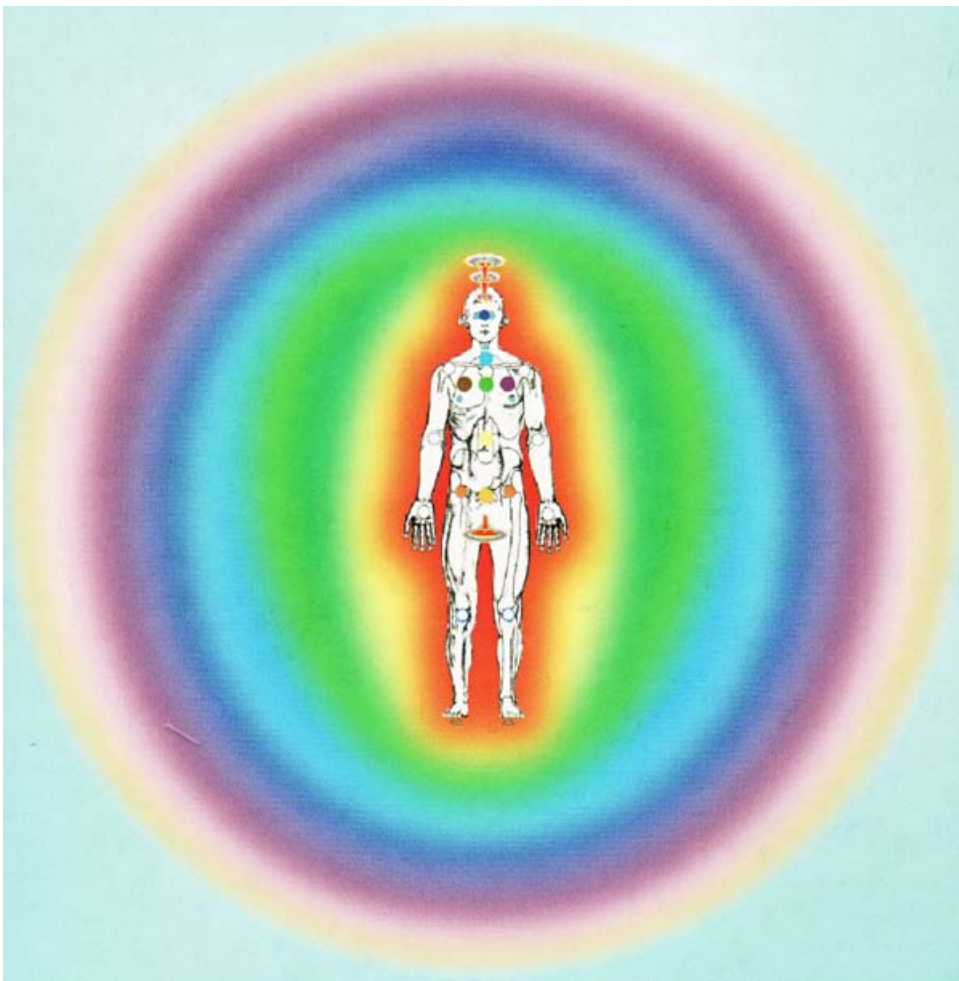


**Західний центр енергоінформаційних наук
Українська Міжнародна академія
профілактичної медицини НТШ**

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ**



**Збірник наукових праць
Випуск 31 (97)**

Львів 2014

УДК:613 (082)
ББК 52.201
Ф423

Редакційна колегія:

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

Редакційна рада:

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

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

Феномен людини. Здоровий спосіб життя [Текст]: зб.наук.ст. / За ред. доц. Ю.М. Панишка. – Львів, 2014. – Вип. 31. – 57 с.

До збірника увійшли 12 наукових та науково-методичних робіт. Збірник наукових робіт розрахований на працівників науково-дослідних інститутів, викладачів вищих та середніх навчальних закладів, лікарів, психологів, педагогів, філософів, біологів, географів, фахівців фізичного виховання та всіх, хто цікавиться феноменом людини.

Відповідальність за достовірність фактів, цитат, власних імен та інших відомостей, а також стилістику викладу несуть автори.

На обкладинці: фото з книги **А. Васильчука “Neznámé emoce”**

Комп’ютерна верстка та макетування: **О.М.Зварич**

Адреса редколегії: 79000, Львів, вул. Університетська, 1, ЛНУ імені Івана Франка, кафедра філософії; **Джунь Валерій Володимирович**, тел.: 239-43-72
e-mail: joun_dim@mail.lviv.ua

ISSN 2307-0722

© Ю. М. Панишко, 2014

ЗМІСТ

Відомості про авторів	4
Білинський Б.Т. Інциденталома – нова проблема технізованої медицини	5
Васильчук А.Л. Еніоанатомія оранжевого тонкоматеріального тіла людини	8
Вергун А.Р. Деякі аспекти морфогенезу та комплексного лікування деструктивного оніхомікозу	18
Кіт З.М. Вплив інгібітору АПФ на показники функції ендотелію	23
ХРОНІКА	
Новицька І.М., Фільчагова І.О. Деякі визначні дати вересня	28
Редколегія Поздоровлення ювілярів ЛНМУ імені Данила Галицького	32
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Бумбар О.І., Хроніка вересня. Ювілейні дати вітчизняних лікарів та вчених	33
Панишко Ю.М., Тарасов В.В., Васильчук А.Л. Омелян Олександрович Стоцький. До 120-річчя від дня народження	37
Панишко Ю.М., Шалапська М.Ю. Володимир Сергійович Земсков. До 75-річчя від дня народження	39
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Пашковська О.Я. Хроніка вересня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених	41
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Семак Г.В. Олександр Васильович Вишневський. До 140-річчя від дня народження	47
Панишко Ю.М., Новикова Н.І., Джунь В.В. Александр Фрідріх Вільгельм фон Гумбольдт. До 245-річчя від дня народження	49
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Шевелюк О.В. Іван Петрович Павлов. До 165-річчя від дня народження	51
Панишко Ю.М., Бабляк С.Д., Томашук Н.Б. Олександр Леонідович Мясников. До 115-річчя від дня народження	54
Редколегія Інформаційний матеріал	56

Відомості про авторів

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

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 АНВО України.

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

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

Вергун Андрій Романович – кандидат медичних наук, доцент кафедри сімейної медицини, дерматології та венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Джунь Валерій Володимирович – кандидат філософських наук, доцент кафедри філософії Львівського національного університету імені Івана Франка.

Кіт Зоряна Михайлівна – кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини, дерматології та венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Макагонов Ігор Олександрович – кандидат медичних наук, доцент кафедри сімейної медицини, дерматології та венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Новикова Ніна Іванівна – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри природничо-математичної освіти Львівського обласного інституту післядипломної освіти.

Новицька Ірина Миронівна – провідний бібліограф КЗ ЛОР “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

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

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

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

Томащук Назарій Богданович – лікар-кардіолог Львівської обласної клінічної лікарні.

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

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

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

ІНЦИДЕНТАЛОМА – НОВА ПРОБЛЕМА ТЕХНІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ

В результаті введення високочутливих модерних технологій дослідження пацієнтів в ряді випадків виявляються «утвори» в нирках, наднирниках, печінці, легенях, мозку або інших органах, які не проявляються жодними симптомами. Ці утвори афункціональні і асимптоматичні, і їх важко віднести до категорії «хвороба». Їх виявляють випадково (incident), і, тому вони отримали збірну назву «інциденталома». Під цим «ярликом» можуть виявлятися як гамартоми, доброякісні чи злоякісні, первинні чи метастатичні пухлини, запальні зміни, специфічні інфекційні гранульоми. Перед лікарем і пацієнтом виникає небезпека як гіподіагностики, так і гіпердіагностики. Немаловажним є і психогенний вплив такого діагнозу на пацієнта, як і ризик втручання з метою морфологічної верифікації.

Ключові слова: пацієнт, дослідження, пухлина.

В современной медицине широко используются высокочувствительные технологические методы диагностики – УЗИ, КТ, РМТ и другие, которые способны выявлять образования в органах, ранее недоступные для диагностики. Ряд этих образований асимптоматичны и афункціональны, они не влияют на общее состояние больного и, поэтому их нельзя отнести к категории «болезнь». Их обнаруживают случайно (incident), в связи с этим они получили общее название «инциденталома». Такие образования чаще всего наблюдаются в почках, надпочечниках, печени, легких или других органах. Это могут быть гамартумы, доброкачественные или злокачественные, первичные или метастатические опухоли, воспалительные процессы, специфические инфекционные гранулёмы и т.д. Перед врачом и пациентом возникает опасность как гипердиагностики, так и гиподиагностики. Необходимо учитывать и психогенное влияние такого диагноза на больного, равно как и риск вмешательства с целью морфологической верификации опухоли.

Ключевые слова: пациент, исследование, опухоль

The modern medicine characterise the widely use of high sensitive diagnostics technological methods (US, CT, IMR a. oth) which enable the discovery of masses in different organs impossible for diagnosis in past period. Thus incidently discovered processes are called «incidentalomas». They are аfunctional and аsymptomatic and don't touch the common status of organism. That's why to regard them as a disease is to discuss. They may be hamartoms, benign or malignant tumors, its metastases, inflammatory changes or specific granuloms. We meet the possibility of hypo- or hyperdiagnostic, psychological stress for the patient and the danger of surgical receiving the tissue material for histological verification.

Key words: patient study, tumor

Інцидент – випадок. «Випадкові» пухлини, чи взагалі випадково виявлений «патологічний» процес, що не проявляється жодними симптомами і, можливо, не приносить клінічної шкоди пацієнтові, стає серйозною медико-психологічною проблемою. Представимо собі психічні переживання людини далекої від медицини, якій повідомили, що при ультразвуковому обстеженні з будь-якої причини у неї виявили, скажемо, ембріональну кісту заочеревинного простору, середостіння чи печінки. Чи проявляють себе такі утвори клінічно – ні, чи можливо було їх діагностувати в середині ХХ століття – також ні, чи потрібно їх лікувати – мабуть ні. Але свідомість їх наявності назавжди засяде в психіці не одного такого пацієнта, і поряд з іншими ятрогенними процесами значно порушить якість життя людини.

В той же час лапаротомія чи торакотомія з метою верифікувати виявлені зміни є більше чи менше серйозним втручанням з відповідним ризиком. З появою КТ і МРТ сканування

живота з різних причин випадково знаходили збільшені наднирники. Ці пацієнти не мали жодних симптомів, що вказували б на будь-які порушення зі сторони наднирників. Ці зміни назвали «incidentalomas». Інcidentalоми знаходять у старших осіб. Їх рідко виявляють у пацієнтів молодших за 30 років.

Концепція «інциденталомі» – абсолютно асимптоматичної не функціонуючої пухлини, клінічно і біохімічно «німої», що виявляється випадково в абсолютно асимптомного пацієнта, є супутником прогресу діагностичної техніки. Спочатку цей термін застосовували до неясних «німих» процесів в наднирниках. Пізніше вживання терміну «інциденталома» розширили до ряду гетерогенних процесів, включаючи адренкортикальні і медулярні пухлини, як добро-, так і злоякісні, активні або неактивні – метастази, інфекційні гранульоми, інфільтрати, кісти і псевдокісти, крововиливи. Термін «інциденталома» не вказує чи утвір функціонуючий або злоякісний, чи аденокортикальний за походженням. В літературі цей термін застосовується до інших ендокринних органів – гіпофіза, щитоподібної залози, парашитоподібних залоз, а також нирок і печінки.

Дехто (P. Miralás, J.E. Skandalakis) заперечують доцільність такого терміну, даючи перевагу опису процесу, як «випадково знайденого».

В сучасній медицині під терміном інциденталома називають пухлину, яка була виявлена випадково при дослідженні організму без зв'язку з симптоматикою чи навіть лікарською підозрою. Вказують, що у біля 7% з усіх пацієнтів, яким за 60 років, існують скриті доброякісні процеси, що їх виявляють при обстеженні з приводу не пов'язаних з ними симптомів. У зв'язку з все ширшим застосуванням комп'ютерної томографії всього тіла як складової скринінгових програм (сучасних профілактичних оглядів) значно зростають шанси виявлення так званих інциденталом. Біля 37% пацієнтів, у яких проведено КТ всього тіла, мають певні аномальні структури, що вимагають подальшої оцінки. Так як більшість з таких утворів ніколи не викличуть хворобливих явищ – появляється реальний ризик гіпердіагностики. Рішення лікаря про клінічну суть виявленого явища дуже відповідальне. Можна пропустити ранню доклінічну стадію пухлини, але можна також порушити психічний спокій людини, чи піддати її зайвій часто і небезпечній маніпуляції (лапаротомії, торакотомії і т.п.)

Розглянемо випадки виявлення інциденталом, що найчастіше зустрічаються в фаховій літературі. В печінці найчастішими знахідками є клінічно інертні гемангіоми. Більшість з них не розвиваються до розмірів, що можуть викликати клінічні симптоми. Тому, логічно, їх не можна кваліфікувати як «хворобу» в повному розумінні цього слова. Але в ряді випадків, особливо при співіснуванні незалежних онкологічних процесів, вимагається диференціація з метастазами в печінку, що, як відомо, є властиве багатьом пухлинам. При проведенні комп'ютерного скринінгу всього тіла до 14% виявляються аномальні утвори в легенях. Такі поодинокі або і множинні вузли можуть імітувати метастатичні, туберкульозні, системні ураження і, тому, вимагають прискіпливого додаткового обстеження.

Не простою є і проблема інциденталом наднирників. Виявивши асимптомний тумор наднирників, керуються його розміром. При величині менше 3см пухлина вважається доброякісною і не підлягає лікуванню за винятком клінічних проявів синдрому Кушинга або феохромоцитомі. В таких випадках проводять дексаметазоновий тест для виявлення надмірної продукції кортизолу, або тести для визначення надлишку метанефрину чи катехоламінів.

На КТ доброякісні аденоми мають низьку радіографічну густину, викликану присутністю жиру, і характерні швидким вимиванням контрастної речовини (за 10 хв. вимивається 50% і більше контрастного середовища). Якщо гормональний контроль не виявить патології, і утвір признаємо клінічно доброякісним, необхідно провести контрольні дослідження за 6, 12 і 24 місяці, і повторити гормональну оцінку процесу за 4 роки.

Що стосується пухлин нирок, то треба пам'ятати, що зараз більшість нирковоклітинних раків викривають випадково, і навіть пухлини менші за 3см в діаметрі гістологічно оцінюються як агресивні.

Асимптомні пухлини мозкового додатку (гіпофізу), виявлені випадково, зустрічаються досить часто. Є думка, що не менше 10% дорослого населення є носіями такої скритої гормональної «патології». Такі дані аутопсій. Якщо такий утвір виявляють прижиттєво, рекомендують тривале спостереження. Необхідно провести і основні дослідження гормональної функції гіпофізу, такі як визначення рівня TSH в сироватці крові, пролактину і JGF-1 як тестів на гормональну активність росту, функцію наднирника (в т.ч. виділення кортизолу з сечею за 24 години), тест супресії дексаметазону, рівень тестостерону у чоловіків і естрадіолу у неменструючих жінок.

Серед гормональних інциденталом важливе місце займають утвори щитоподібних залоз. Такі інциденталом виявляють в 9% осіб, що піддаються двобічній каротидній подвійній ультрасонографії. Деякі фахівці рекомендують усі утвори в щитоподібній залозі більше за 1см (незалежно від того, чи TSH є подавлений) або якщо є ультрасонографічна підозра на злякисну природу піддавати морфологічній верифікації шляхом тонкоголкової біопсії. КТ є менше інформативною, ніж УЗД при оцінці процесів в щитоподібній залозі. При УЗД щитоподібної залози необхідно звернути увагу на:

- а). солідні гіпоехогенні утвори;
- б). нечіткість границь утвору;
- в). внутрішньовузлові судинні плями;
- г). мікрокальцифікати.

Паратидоїдні інциденталом зустрічаються при подвійному каротидному УЗД тільки в 0,1% випадків.

Перед нами новий виклик з боку прогресу в технологіях на який медицина, в першу чергу онкологія, мусить знайти адекватну відповідь. Необхідно виходити з признання пріоритетним безпеку хворого і його психологічний спокій. Ще стародавні лікарі вимагали: «Primum non nocere» (в першу чергу не нашкодь!)

З другого боку під «інциденталомами» можуть скриватися початкові форми злякисних пухлин, лікування яких є найперспективніше.

Питання «інциденталом» сьогодні ще не має кінцевої розв'язки, але про нього слід пам'ятати.

ЛІТЕРАТУРА

1. Онкологія / за ред. Б.Білинського, Ю.Стернюка, Я.Шпарика. – Київ. Здоров'я, 2007. – 529 с.
2. Білинський Б.Т. Медичні помилки в онкології / Б.Т. Білинський. – Львів, 2013. – 328 с.
3. Furtado C.D. Whole-body CT Screening: spectrum of findings and recommendations in 1192 patients / C.D. Furtado, D.A. Aguirre, C.B. Sirlin et.al // Radiology. – 2005. – № 237(2). –P. 385-394.
4. Grumbach M.M. Management of the clinically inapparent adrenal mass (incidentaloma) / M.M. Grumbach, B.M. Biller, G.D. Braunstein et al. / Ann. Intern. Med. – 2003. – №138(5). – P. 424-429.
5. Textbook of uncommon cancer. Ed. Derek Raghavan, M.L. Brecher, D.H.Johnson et.al.// Vanderbilt University Mydical center Nashville. T.N, USA. –2006. –819p.
6. Steele S.R. The Significance of incidental thyroid abnormalities identified during carotid duplex ultrasonography / S.R.Sreele, M.J. Martin, P.S. Mullenix et.al. // Archives of surgery. Chicago. – 1960. – №140(10). – 981-985.

ЕНІОАНАТОМІЯ ОРАНЖЕВОГО ТОНКОМАТЕРІАЛЬНОГО ТІЛА ЛЮДИНИ

Вперше у світі даються основні анатомічні характеристики оранжевого тонкоматеріального тіла людини

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

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

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

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

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

Продовження з випуску 27(93) – 30(96)

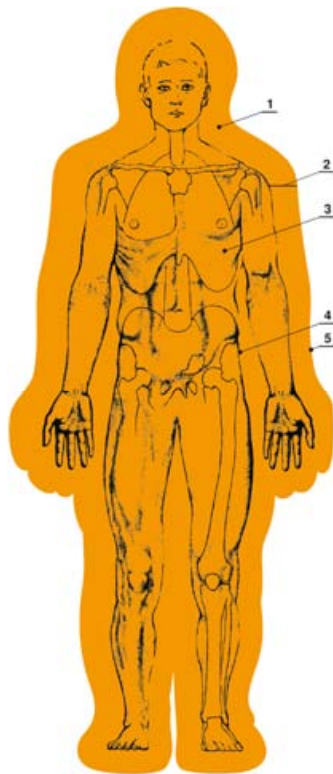
Оранжеве тонкоматеріальне тіло займає простір фізичного тіла, червоного і світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла та простір навколо світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла (Мал.1). Виступає за межі фізичного тіла приблизно на 3-5 см (від 0,64 до 5,8 см), пульсує з частотою 15-20 циклів за хвилину. Його розміри більші, ніж розміри червоного і світлосяючого червоного тіла і воно будується і формується менш щільними оранжевими інформаційно-енергетичними матеріями, ніж світлосяюче червоне і червоне тіло. Оранжеве тонкоматеріальне тіло анатомо-морфологічно подібне до фізичного, червоного і світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл. У його зовнішній частині не представлено фізичне тіло ані будь-які його анатомічні структури, а у внутрішній частині фізичне тіло представлено 6 разів в усіх структурно-функціональних рівнях, що необхідно брати до уваги при вихованні, навчанні, розвитку, вдосконаленні, лікуванні, регенерації, реабілітації та рекондиції. Без цього неможливо досягнути позитивних наслідків, особливо при ПСІ-феноменальному вихованні, навчанні і цілительстві.

Структура оранжевого тіла є сіткова і складається з дуже дрібних перехресних енергетичних ліній. По енергетичних лініях постійно переміщуються кванти (велика кількість) інформаційно-енергетичних матерій. Barbara Ann Brennan, 1987, вказує, що це інформаційно-енергетична матерія блакитно-білого кольору. Те, що бачила В.А. Brennan, являється фрагментами ідентичних тонкоматеріальних тіл. Органи фізичного тіла в оранжевому тонкоматеріальному тілі сприймаються як сіткове мерехтливе світло. Промені, випромінювані оранжевим тілом, огортають фізичне тіло і утворюють оранжеве інформаційно-енергетичне середовище, яке називають аурую здоров'я, а окремі промені – променями здоров'я (З.М.Гречішніков, Choa Kок Sui, 1996).

Оранжеве тонкоматеріальне тіло має внутрішню і зовнішню частини.

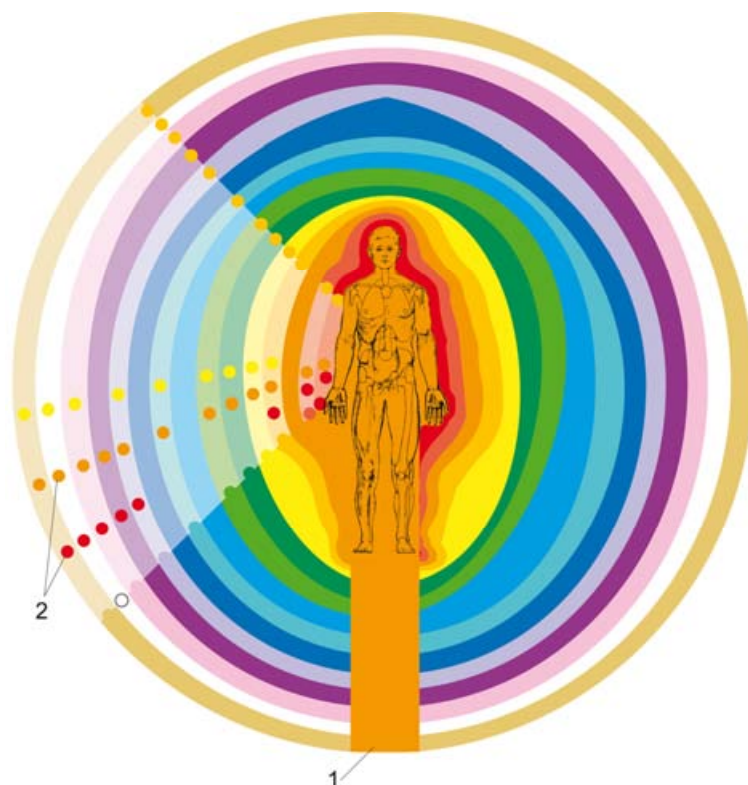
Внутрішня частина тіла структурно ідентична з клітинами, тканинами, органами та геометрією внутрішнього простору фізичного тіла та з усіма структурами внутрішньої частини червоного і світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл. Внутрішня частина являється анатомо-морфоутворюючою голографічною матрицею,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

Зовнішня частина знаходиться у просторі зовнішніх частин червоного і світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл та у просторі навколо світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла.



Мал.1. Оранжеве тонкоматеріальне тіло:

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



Мал.2. Оранжева голографічна автономія тонкоматеріальних тіл

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

Цей простір обмежений шкірою фізичного тіла і зовнішньою оболонкою оранжевого тонкоматеріального тіла. У цьому просторі потрібно розрізнити простір між зовнішньою оранжевою оболонкою оранжевого тонкоматеріального тіла і зовнішньою світлосяючою червоною оболонкою світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла. Це периферичний простір, у якому немає структур світлосяючого червоного тіла. Простір зовнішньої частини є простором між інтегральною внутрішньою оболонкою тонкоматеріальних тіл (або шкірою фізичного тіла) і зовнішньою оболонкою зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла. Простір зовнішньої частини самого оранжевого тонкоматеріального тіла не структурований, але структурований зовнішніми частинами світлосяючого червоного та червоного тонкоматеріальних тіл і проникаючими частинами структур світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, що додає цьому простору надзвичайно складну геометрію, яка відображає тільки частини зовнішніх структур цих тонкоматеріальних тіл. Простір заповнений специфічними і високоспецифічними оранжевими життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами та індивідуально-універсальною життєвою інформаційно-енергетичною біоплазмою, яка утворюється усіма тонкоматеріальними тілами, що проникають скрізь оранжеве тонкоматеріальне тіло. У просторі зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла розрізняють два види індивідуально-універсальної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми - біоплазми, що утворюється усіма тонкоматеріальними тілами і знаходиться тільки у просторі зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла, обмеженого світлосяючим червоним тонкоматеріальним тілом та біоплазми, яка не містить червону і світлосяючу червону інформаційно-енергетичні біоплазми червоного і світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл і яка знаходиться у периферичному просторі оранжевого тонкоматеріального тіла. Індивідуально-універсальна життєва інформаційно-енергетична біоплазма у периферичному просторі зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла вміщує інформаційно-енергетичні матерії оранжевого тіла і усіх тонкоматеріальних тіл, що проникають скрізь оранжеве тонкоматеріальне тіло, крім світлосяючого червоного і червоного. Ця біоплазма є менш щільна, ніж біоплазми зовнішніх частин світлосяючого червоного і червоного тонкоматеріальних тіл. Оранжеві специфічні і високоспецифічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми утворюються тільки оранжевим тонкоматеріальним тілом, являються менш щільними, ніж індивідуально-універсальна життєва інформаційно-енергетична біоплазма, яка знаходиться у зовнішній частині оранжевого тонкоматеріального тіла, але щільнішою від інформаційно-енергетичної біоплазми периферичного простору. Зовнішня частина оранжевого тіла інформаційно-енергетично забезпечує в оранжевому, світлосяючому оранжевому, червоному, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра функціонування внутрішньої частини, інформаційно-енергетичний взаємообмін із зовнішнім середовищем, єдність з інформаційно-енергетичними полями людства, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і Духовного Буття минулого, теперішнього і майбутнього часу. Відмежовує простір індивідуальної інформаційно-енергетичної ідентичності оранжевого діапазону електромагнітного спектра навколо фізичного тіла та світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла.

Оранжеве тонкоматеріальне тіло є менш щільним, ніж світлосяюче червоне і червоне, але щільніше, ніж світлосяюче оранжеве, жовте, зелене, світлосяюче зелене, блакитне, бірюзове, синє, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла, тому скрізь нього ці тонкоматеріальні тіла проникають, що уможливорює оранжевому тілу утворювати з ними секундарні ідентичні тонкоматеріальні тіла і створювати індивідуально-універсальну життєву інформаційно-енергетичну біоплазму. Оранжева специфічна життєва інформаційно-енергетична біоплазма являється морфогенетичною, інформаційно-енергетично обумовлює у більший мірі макроструктурні процеси фізичного тіла, тканин і структурно-функціональних одиниць і у меншій мірі мікроструктурні процеси клітин та їх органел, інформаційно-енергетично забезпечує їх ріст, розвиток, реалізації і проявлення. Фізичне тіло у процесі свого

морфогенезу, в більшій мірі, копіює макроформи і макроструктури тканин і структурних одиниць і, в меншій мірі, мікроформи та мікроструктури клітин і органел у відповідності до голографічної матриці внутрішньої частини оранжевого тіла.

Зовнішня оболонка оранжевого тонкоматеріального тіла знаходиться між зовнішньою оболонкою світлосяючого червоного і світлосяючого оранжевого тонкоматеріальних тіл. Форма зовнішньої оболонки оранжевого тонкоматеріального тіла ідентична зовнішньому анатомо-морфологічному рельєфу фізичного тіла. Зовнішня оболонка зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла будується **концентрацією** оранжевих інформаційно-енергетичних матерій, **прониканням** крізь оранжеву оболонку світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, **оранжевим компонентом** світлосяючого оранжевого, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, **червоним компонентом** світлосяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл та **жовтим компонентом** світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, бузкового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл. Якщо тонкоматеріальні тіла добре розвинені, зовнішня оболонка зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла може мати 13 шарів: **внутрішній** оранжевий – найщільніший, найтонший і найслабший, **середній** - світлосяючий оранжевий є більший за оранжевий і подібно розміщуються жовтий, зелений, світлосяючий зелений, блакитний, бірюзовий, синій, бузковий, фіолетовий, рожевий, білий і золотий шари. **Золотий шар – зовнішній** є найменш щільний, найтовщий і найміцніший.

Зовнішня оболонка **не лише** утворює оранжеві чакрові конуси всіх чакр, зовнішню оболонку оранжевих чакрових конусів, зовнішню оболонку оранжевої тріади зіркових каналів, середній шар і зовнішній шар оранжевих семишарових структур зіркових каналів, верхні та нижні зовнішні фільтраційні мембрани зіркових каналів, зовнішні шари оранжевих сушумнових, мерудандових, ідових та пінгалових тріад і оболонкові оранжеві інформаційно-енергетичні канали та мікроканали, **але** у ній також знаходяться основи оранжевих чакрових конусів усіх чакр і фільтраційні мембрани зіркових каналів. Зовнішньою оболонкою своєї зовнішньої частини, зовнішніми фільтраційними мембранами зіркових каналів та оранжевими чакровими конусами чакр, оранжеве тонкоматеріальне тіло здійснює ідентичні людині інформаційно-енергетичні взаємообміни в оранжевому, червоному, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра з усіма інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища. Зовнішня оболонка і ціла зовнішня частина, відносно інших зовнішніх оболонок зовнішніх частин тонкоматеріальних тіл, розміщуються навколо фізичного тіла у зовнішніх частинах світлосяючого червоного і червоного тонкоматеріальних тіл та у просторі навколо зовнішньої оболонки світлосяючого червоного тіла. Відносно світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла, оранжеве тіло є зовнішнім тілом, а відносно світлосяючого оранжевого та інших зовні розміщеним тіл являється внутрішнім тілом. Тому зовнішня частина оранжевого тонкоматеріального тіла функціонує не лише у своєму оранжевому інформаційно-енергетичному середовищі, але і в середовищі усіх тонкоматеріальних тіл. При цьому його зовнішня оболонка функціонує у власному інформаційно-енергетичному середовищі, в середовищі світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, але не функціонує в інформаційно-енергетичному середовищі світлосяючого червоного та червоного тонкоматеріальних тіл тому, що зовнішні частини і оболонки цих тіл не досягають до зовнішньої оболонки оранжевого тонкоматеріального тіла.

Внутрішня оболонка оранжевого тонкоматеріального тіла знаходиться в межах внутрішньої оболонки світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла і незначно виходить за її межі та розділяє внутрішню і зовнішню частини оранжевого тонкоматеріального тіла. **Форма** внутрішньої оболонки ідентична зовнішньому анатомо-морфологічному рельєфу фізичного тіла та усім анатомічним структурам шкіри. Внутрішня оболонка оранжевого тонкоматеріального тіла з'єднується з внутрішньою оболонкою світлосяючого червоного і червоного

тонкоматеріальних тіл, утворюючи трьохшарову інтегральну оболонку оранжевого, світлосяючого червоного і червоного тонкоматеріальних тіл. Її внутрішня архітектоніка така ж, як архітектоніка шкіри фізичного тіла. Вона утворює свої внутрішні структури, які ще досі не вивчені. Внутрішня оболонка утворює середній оранжевий шар усіх меридіанів, внутрішній оболонковий шар і середній шар оранжевих семишарових структур зіркових каналів, середній шар оранжевої тріади зіркових каналів, верхні та нижні внутрішні оранжеві фільтраційні мембрани зіркових каналів, середній шар оранжевих сушумнових, мерудандових, ідових і пінгалових тріад і внутрішньооболонкові оранжеві інформаційно-енергетичні канали та мікроканали.

До оранжевого тонкоматеріального тіла проникають світлосяюче оранжеве, жовте, зелене, світлосяюче зелене, блакитне, бірюзове, синє, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла, і беруть участь в побудові, структурному вдосконаленні і визначанні функціональних можливостей оранжевого тонкоматеріального тіла. Ці тонкоматеріальні тіла набувають форм і структур оранжевого тіла, поєднуються з ним у його просторі утворюють ідентичні тонкоматеріальні тіла, які разом із основними тонкоматеріальними тілами надають зовнішній і внутрішній оболонкам та усім структурам оранжевого тіла нові інтегральні голографічні характеристики, структурно вдосконалюють, визначають їх розширені функціональні можливості та створюють голографічну єдність з оранжевим тонкоматеріальним тілом.

Оранжеве тонкоматеріальне тіло є базовим з погляду того, що крізь нього проникають світлосяюче оранжеве, жовте, зелене, світлосяюче зелене, блакитне, бірюзове, синє, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла, являється для цих тіл опорою, їх внутрішні частини знаходяться в його внутрішній частині, а їх неповні зовнішні частини і зовнішні оболонки розміщені навколо зовнішньої частини оранжевого тонкоматеріального тіла. Крізь оранжеве тонкоматеріальне тіло не може проникати світлосяюче червоне і червоне тіло тому, що вони є щільніші. У біотично-фізичній енергоінформаційній космічно-земній голограмі людини оранжеве тіло являється основою структурно-функціональної єдності з фізичним тілом, червоним, світлосяючим червоним, світлосяючим оранжевим, жовтим, зеленим, світлосяючим зеленим, бірюзовим, бузковим, фіолетовим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальними тілами,

Оранжеве тонкоматеріальне тіло являється високоспецифічною основою інформаційно-енергетичного взаємообміну оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонів електромагнітного спектра між тілами, між тонкоматеріальними тілами та інформаційно-енергетичними полями Буття. В оранжевому тілі, у значній мірі, концентруються інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми оранжевих діапазонів електромагнітного спектра, в меншій мірі, та при відповідних умовах червоних, світлосяючого червоних і жовтих діапазонів електромагнітного спектра. Інформаційно-енергетичні матерії, що поглинаються зовнішньою оболонкою оранжевого тонкоматеріального тіла, оранжевими чакровими конусами чакр, зовнішніми верхньою і нижньою фільтраційними мембранами зіркових каналів спрямовуються до внутрішньосушумнової, внутрішньомерудандової, внутрішньоідової, внутрішньопінгалової, внутрішньоправозіркової, внутрішньолівозіркової, внутрішньомеридіанових, зовнішнь-оструктурної і внутрішньоструктурних сіток субультраканалів, а з них до структур усіх тіл людини. Без оранжевого тіла неможливий оптимальний і функціонально необхідний інформаційно-енергетичний взаємообмін, транспортування, перерозподіл і циркуляція інформацій, мікрочасток, світла, енергії, інформаційно-енергетичних субстанцій та інформаційно-енергетичних біоплазм оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих діапазонів електромагнітного спектра між тонкоматеріальними тілами, фізичним тілом, інформаційно-енергетичними полями людей, тварин, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту, Бога, Духа Святого, Ісуса Христа, Божої Матері та ін.

Оранжеве тонкоматеріальне тіло являється основою оранжевої автономної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, яка є сукупністю і з'єднанням оранжевого,

червоного, світлосяючого червоного, світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл (Мал.2). Оранжеве тіло являється невід'ємною частиною симбіозу із фізичним тілом, первинною голографічною анатомо-морфоутворюючою матрицею за якою, в більшій мірі, відбувається морфогенез тканин та структурно-функціональних одиниць і, в меншій мірі, клітин, та їх органел. Без оранжевого тіла неможливе утворення біотично-фізичної енергоінформаційної космічно-земної голограми людини. У процесі індивідуального еволюційного розвитку будь-які анатомічні, морфологічні та фізіологічні зміни фізичного тіла відображаються в оранжевому тонкоматеріальному тілі. Голографічна анатомо-морфоутворююча матриця оранжевого тонкоматеріального тіла поступово змінюється у відповідності до еволюційних анатомічних, морфологічних, фізіологічних та інформаційно-енергетичних змін фізичного тіла, червоного і світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл. При цьому захищає генетичну, оранжеву, червону, світлосяючу червону і жовту інформаційно-енергетичну індивідуальну ідентичність людини її анатомію, морфологію та фізіологію. Запобігає мутаціям анатомо-морфофункціональних структур тканин, структурно-функціональних одиниць і клітин, забрудненню інформаційно-енергетичних матерій оранжевого, червоного, світлосяючого червоного і жовтого діапазонів електромагнітного спектра, а протягом життя постійно оновлює структури тканин, структурно-функціональних одиниць і клітин фізичного тіла, усі структури оранжевого тонкоматеріального тіла та сприяє оновленню структур світлосяючого червоного і червоного тонкоматеріальних тіл.

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

Основні характеристики оранжевого тонкоматеріального тіла:

1. **З погляду послідовності виникнення** тіл людини це тіло **первинне** відносно фізичного тіла і **вторинне** відносно золотого тонкоматеріального тіла. У процесі розвитку людини спочатку виникає оранжеве тонкоматеріальне тіло, одночасно із світлосяючим червоним і червоним, а вже потім фізичне тіло. В часі оранжеве тонкоматеріальне тіло випереджає розвиток фізичного тіла. Фізичне тіло розвивається не лише за голографічною матрицею внутрішньої частини оранжевого тіла, але й за інтегральною голографічною матрицею оранжевого, світлосяючого червоного, червоного і усіх інших тонкоматеріальних тіл. Оранжеве тіло розвивається за первинною голографічною матрицею золотого тіла та інтегральною голографічною матрицею вічних тонкоматеріальних тіл і тому відносно золотого тіла та вічних тонкоматеріальних тіл являється вторинним.
2. **Відповідно до часу існування у Всесвіті** це тіло **тимчасове** тому, що існує тільки протягом онтогенезу, а після смерті фізичного тіла розпадається на інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми оранжевого, червоного, світлосяючого червоного і жовтого діапазонів електромагнітного спектра, які стають складовими інформаційно-енергетичних полів Землі, Космосу і Духовного Буття.
3. **Стосовно кольору** це **оранжеве** тіло, тому його називають **оранжевим** тонкоматеріальним тілом. Містить червоний і жовтий кольори, які створюють оранжевий колір. Найчутливіше до оранжевих інформаційно-енергетичних матерій, найкраще функціонує в оранжевому діапазоні електромагнітного спектра і так само може функціонувати в червоному, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра. В літературі відоме, як ефірне тіло (В.А. Brennan 1987, 1998). Ефір є перехідний стан між енергією і щільною матерією, тому це тіло найбільш видиме. Назва є дискусійною і не ґрунтується на об'єктивних фізичних ознаках тіла.

4. **За кольоровим складом** інформаційно-енергетичної матерії, яка бере участь у побудові оранжевого тонкоматеріального тіла, це тіло **біхроматичне**. Його оранжева матерія складається з червоного і жовтого інформаційно-енергетичних компонентів.
5. **За компонентністю** інформаційно-енергетичної матерії, яка бере участь у побудові оранжевого тонкоматеріального тіла, це тіло **бікомпонентне**, містить інтегральний оранжевий і складові червоний та жовтий компоненти.
6. **За кількістю компонентів** оранжевої інформаційно-енергетичної матерії оранжевого тонкоматеріального тіла, це тіло **трьохкомпонентне**. Складається з трьох кольорових компонентів: інтегрального оранжевого і складових – червоного та жовтого. **Інтегральний оранжевий компонент** інформаційно-енергетичної матерії бере участь у будові оранжевого, світлосяючого оранжевого, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл; **складовий червоний компонент** оранжевої інформаційно-енергетичної матерії бере участь у будові червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого, золотого тіл і вторинного компонентного оранжево-червоного тонкоматеріального тіла; **складовий жовтий компонент** оранжевої інформаційно-енергетичної матерії бере участь у будові оранжевого, світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, бузкового, рожевого, білого, золотого тіл і вторинного компонентного оранжево-жовтого тонкоматеріального тіла.
7. **За щільністю** інформаційно-енергетичної матерії оранжеве тіло являється менш щільне ніж світлосяюче червоне і червоне, тому воно крізь них вільно проникає і утворює з ними ідентичні тонкоматеріальні тіла. Відносно світлосяючого червоного і червоного тонкоматеріального тіла, оранжеве тіло **непропускає (непроникне)**, а відносно інших тонкоматеріальних тіл являється щільнішим, тому **пропускає**, що дає можливість проникати крізь себе світлосяючому оранжевому, жовтому, зеленому, світлосяючому зеленому, блакитному, бірюзовому, синьому, бузковому, фіолетовому, рожевому, білому і золотому тонкоматеріальному тілу та утворювати з ними ідентичні тонкоматеріальні тіла.
8. **Відносно діапазону електромагнітного спектра** функціонування тіла, це тіло **трьохдіапазонове** з найвищою ефективністю функціонування в оранжевому діапазоні електромагнітного спектра і такою же ефективністю, але тимчасово може функціонувати в червоному, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра.
9. **За частотою функціонування** це тіло **трьохчастотне**, постійно функціонує в оранжевому діапазоні і тимчасово у червоному, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра. Коли досягне універсального розвитку може функціонувати у будь-якому діапазоні електромагнітного спектра з однаковою ефективністю.
10. **З погляду інформаційно-енергетичної основи**, яка вміщує інформації соціальної культури і поведінки, тіло **трьохмаргінальне**. Якщо досягне всебічного, збалансованого, гармонійного та універсального розвитку, то трансформується до полімаргінального.
11. **За розміщенням зовнішньої оболонки** зовнішньої частини, це тіло середнє. Відносно розміщення зовнішніх оболонок зовнішніх частин усіх інших тонкоматеріальних тіл його зовнішня оболонка знаходиться між світлосяючим червоним і світлосяючим оранжевим тонкоматеріальним тілом.
12. **За структурно-функціональним значенням** у біотично-фізичній енергоінформаційній космічно-земній голограмі людини це тіло являється **основним** для утворення автономної оранжевої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл. Без оранжевого тонкоматеріального тіла неможливе виникнення та існування оранжевої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, двох вторинних компонентних та двох вторинних

ідентичних оранжевих тонкоматеріальних тіл, а також утворення специфічних і високоспецифічних оранжевих життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм.

13. **За функціональним значенням** в інформаційно-енергетичному взаємообміні це тіло **специфічне з елементами універсальності**. Тільки воно уможливує, в достатньому об'ємі, природно чистий інформаційно-енергетичний взаємообмін не лише в оранжевому діапазоні, але й у червоному, світлосяючому червоному і жовтому діапазонах електромагнітного спектра з інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища, що дає можливість досягнути потрібної функціональної стабільності інформаційно-енергетичної ідентичності, індивідуальності, імунітету та гомеостазу оранжевих життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм, оранжевої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, оранжевого, червоного, світлосяючого червоного і жовтого компонентів індивідуально-універсальної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми, а також тих життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм, які містять оранжевий, червоний, світлосяючий червоний і жовтий компоненти.
14. **З погляду накопичення, концентрації та зберігання** інформаційно-енергетичних матерій це тіло являється **резервуаром** оранжевих інформаційно-енергетичних матерій, які можуть використовуватися при недостатньому інформаційно-енергетичному забезпеченні оранжевими інформаційно-енергетичними матеріями життєздатності та життєдіяльності фізичного тіла і для функціонування тонкоматеріальних, що дає можливість утримувати стабільність, безперервність і достатність інформаційно-енергетичного забезпечення. Ці процеси тіло здатне здійснювати і в червоному, світлосяючому червоному та в жовтому діапазонах електромагнітного спектра, а при досягненні універсального розвитку і в будь-якому діапазоні.
15. **З погляду ієрархії** управління інформаційно-енергетичних процесів це тіло **центрального управління** транспортування, перерозподілу, циркуляції і взаємообміну оранжевих, червоних, світлосяючих червоних і жовтих інформаційно-енергетичних матерій в оранжевій голографічній інтеграції тонкоматеріальних тіл людини. Оранжеве тіло дає можливість утримувати стабільну функціонально необхідну концентрацію і дифузійну напругу оранжевих інформаційно-енергетичних матерій, а також бере участь у цих же процесах з червоними, світлосяючими червоними і жовтими інформаційно-енергетичними матеріями, уможливує їх цілеспрямоване та функціонально необхідне транспортування, перерозподіл, циркуляцію та інформаційно-енергетичний взаємообмін між тонкоматеріальними тілами оранжевої голографічної інтеграції. У випадку необхідності ці функціональні інформаційно-енергетичні процеси може здійснювати оранжеве тонкоматеріальне тіло в червоній, світлосяючій червоній, світлосяючій оранжевій, жовтій, зеленій, світлосяючій зеленій, бірюзовій, бузковій, фіолетовій, рожевій, білій і золотій голографічній інтеграції тонкоматеріальних тіл. Оранжевому тонкоматеріальному тілу **допомагає** червоне, світлосяюче червоне, світлосяюче оранжеве, жовте, зелене, світлосяюче зелене, бірюзове, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла. Світлосяюче оранжеве, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла можуть у будь-який момент перейняти **управління оранжевих** інформаційно-енергетичних матерій. Світлосяюче оранжеве, жовте, зелене, світлосяюче зелене, бірюзове і бузкове тонкоматеріальні тіла можуть у будь-який момент перейняти **управління жовтого компоненту** оранжевих інформаційно-енергетичних матерій, а червоне, світлосяюче червоне, світлосяюче оранжеве, бузкове і фіолетове тонкоматеріальні тіла – **червоного компоненту** оранжевих інформаційно-енергетичних матерій, але при цьому будуть послаблені їх основні функції тому, що їх інформаційно-енергетичний потенціал буде використаний для компенсації недостатності функції управління оранжевого тонкоматеріального тіла. Одночасно з функцією центрального управління оранжеве тонкоматеріальне тіло має функцію **периферійного управління** у своїх межах. Цією функцією володіють і управляють тонкоматеріальні тіла вищих частот, які мають оранжеві, червоні, світлосяючі червоні та жовті діапазони

електромагнітного спектра світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл. **Чим щільніше** являється тонкоматеріальне тіло відносно оранжевого тіла, тим менші можливості має в управлінні його інформаційно-енергетичними матеріями; **чим менш щільне** тонкоматеріальне тіло відносно оранжевого тіла, **тим** більші має можливості для управління його інформаційно-енергетичними матеріями. Найбільші можливості управління має золоте тонкоматеріальне тіло за умови, що є оптимально розвинуте, якщо недостатньо розвинуте – тоді біле тонкоматеріальне тіло, коли й воно недостатньо розвинуте – то рожеве тонкоматеріальне тіло, якщо воно теж недостатньо розвинуте – тоді фіолетове тонкоматеріальне тіло.

Оранжеве тонкоматеріальне тіло людини це первинна оранжева інформаційно-енергетична голограма, яка вміщає дві вторинні компонентні і дві вторинні ідентичні голограми із специфічними структурами та структурами ідентичними фізичному тілу. Тіло побудоване оранжевою інформаційно-енергетичною матерією духовного, космічного, земного і людського походження з минулого, теперішнього та майбутнього часу. Має внутрішню і зовнішню частини. **Внутрішня частина** структурована так само, як фізичне тіло, внутрішня частина червоного і світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл. **Зовнішня частина** структурована зовнішніми частинами червоного і світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл і проникнутими частинами структур зовнішніх частин усіх тонкоматеріальних тіл, які проникають крізь оранжеве тонкоматеріальне тіло. **Вона наповнена** індивідуальними специфічними та високоспецифічними життєвими оранжевими інформаційно-енергетичними біоплазмами і двома універсальними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами, з яких **одна** розміщена тільки у периферійному просторі і утворюється усіма тонкоматеріальними тілами, проникаючими крізь оранжеве тонкоматеріальне тіло, крім світлосяючого червоного і червоного, а **друга** утворюється усіма тонкоматеріальними тілами і розміщується у внутрішній та зовнішній частині оранжевого тонкоматеріального тіла у просторі, обмеженому світлосяючим червоним тонкоматеріальним тілом. **Одна** з біоплазм вміщує всі природні для людини діапазони електромагнітного спектра, **друга** не містить діапазонів електромагнітного спектра червоного і світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл. **Зовнішня оболонка** зовнішньої частини тіла ідентична з формою анатомо-морфологічного рельєфу фізичного тіла і розміщується між оболонками зовнішніх частин світлосяючого червоного та світлосяючого оранжевого тонкоматеріальних тіла. Оранжеве тонкоматеріальне тіло утворює **компонентні** оранжево-червоне і оранжево-жовте тонкоматеріальні тіла та **ідентичні** оранжево-світлосяюче червоне і оранжево-червоне тонкоматеріальні тіла. **Голографічно інтегрується** з червоним, світлосяючим червоним, світлосяючим оранжевим, жовтим, зеленим, світлосяючим зеленим, бірюзовим, бузковим, фіолетовим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальним тілом. **Утворює** оранжеву голографічну автономію тонкоматеріальних тіл та є її основою. **Своїми** інформаційно-енергетичними матеріями і біоплазмами бере участь в утворенні червоної, світлосяючої червоної, оранжевої, світлосяючої оранжевої, жовтої, зеленої, світлосяючої зеленої, бірюзової, бузкової, фіолетової, рожевої, білої і золоті голографічних автономій та інтегральності цих тіл. **Забезпечує** їх інтегральне, автономне і специфічне функціонування на основі оранжевого, світлосяючого оранжевого, червоного, світлосяючого червоного і жовтого діапазонів електромагнітного спектра.

Оранжеве тонкоматеріальне тіло жовтим і червоним компонентом своєї оранжевої інформаційно-енергетичної матерії утворює оранжеві компонентні тонкоматеріальні тіла.

Компонентне оранжево-червоне тонкоматеріальне тіло людини є вторинною оранжево-червоною інформаційно-енергетичною голограмою, яка має специфічні структури та структури ідентичні фізичному тілу і утворюється інтегральним оранжевим компонентом та червоним складовим компонентом інформаційно-енергетичної матерії оранжевого тонкоматеріального тіла.

Компонентне оранжево-світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло людини є вторинною оранжево-світлосяючою червоною інформаційно-енергетичною голограмою, яка має специфічні структури та структури, ідентичні фізичному тілу і утворюється інтегральним оранжевим компонентом та світлосяючим червоним складовим компонентом інформаційно-енергетичної матерії оранжевого тонкоматеріального тіла.

Компонентне оранжево-жовте тонкоматеріальне тіло людини є вторинною оранжево-жовтою інформаційно-енергетичною голограмою, яка має специфічні структури та структури, ідентичні фізичному тілу і утворюється інтегральним оранжевим компонентом і жовтим складовим компонентом інформаційно-енергетичної матерії оранжевого тонкоматеріального тіла.

Крізь оранжеве тіло проникають усі тонкоматеріальні тіла, крім червоного і світлосяючого червоного, причому воно проникає крізь світлосяюче червоне і червоне тіла, повторює їх форму, структуру, внутрішню архітекtonіку і, таким чином, разом з усіма тонкоматеріальними тілами утворює ідентичні різнокольорові оранжеві тонкоматеріальні тіла і є для них базовим.

Ідентичне оранжево-світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло людини є вторинною оранжево-світлосяючою червоною інформаційно-енергетичною голограмою, яка має специфічні структури та структури, ідентичні з фізичним тілом і утворюється оранжевим та світлосяючим червоним тонкоматеріальними тілами при прониканні оранжевого тіла крізь світлосяюче червоне тіло з повторенням його форм і структур.

Ідентичне оранжево-червоне тонкоматеріальне тіло людини є вторинною оранжево-червоною інформаційно-енергетичною голограмою, яка має специфічні структури та структури, ідентичні з фізичним тілом і утворюється оранжевим та червоним тонкоматеріальними тілами при прониканні оранжевого тіла крізь червоне тіло з повторенням його форм і структур.

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

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

Продовження у випуску 32(98)

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильчук А. Л. Функціональна анатомія тонкоматеріальних тіл людини. Львів.: „Каменяр”, 2003. - 416 с. + 24 акр. вклейок.
2. Васильчук А. Л. Атлас функціональної анатомії тонкоматеріальних тіл людини. Львів.: „Каменяр”, 2003. - 648 с.
3. Васильчук А.Л. Біолокація тонкоматеріальних тіл людини. - Львів: Сполом, 2007. - 600 с. з іл.
4. Vasilčuk Anatolij. Enioanatomie jemnohmotných těl člověka / Monografie. – Skalica: Elena Mikúšová MM, 2009. – 1 144 s., 407 barevných obrázků.
5. Vasilčuk Anatolij. Enioanatomický výkladový slovník. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 r. – 1 592 s.
6. Vasilčuk Anatolij. Enioanatomický obrazový slovník. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 r. – 784 s.
7. Vasilčuk Anatolij. Mezioborový slovník eniologie. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 r. – 400 s.
8. Vasilchuk Anatolij. The Enioanatomy of Human Subtle Bodies / Monograph. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 y. – 684 s.: il.

А.Р. ВЕРГУН, І.О.МАКАГОНОВ

ДЕЯКІ АСПЕКТИ МОРФОГЕНЕЗУ ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ОНІХОМІКОЗУ

Проаналізовано 427 випадків оніхомікозу пальців стопи. Проведено морфологічне дослідження та комплексне лікування .

Ключові слова: оніхомікоз, комплексне лікування.

Проанализированы 427 случаев онихомикоза пальцев стопы. Проведено морфологическое исследование и комплексное лечение.

Ключевые слова: онихомикоз, комплексное лечение.

Analyzed 427 cases of onychomycosis toes. A morphological study and comprehensive treatment.

Key words: onychomycosis, comprehensive treatment.

Необхідність проведення комплексних досліджень хірургічної оніхопатології насамперед детермінується значною кількістю клінічних спостережень неускладнених та ускладнених випадків, особливо – рецидивних [2, 4, 5]. У вітчизняній та закордонній літературі наявна значна кількість робіт, присвячених патології нігтьової пластини [1, 3, 4, 6, 7, 9], проте хірургічним аспектам оніхології відведена мінімальна, другорядна роль [3, 11]. Операції на дистальній фаланзі становлять значний відсоток (3–10%) усіх оперативних втручань, що виконуються амбулаторно, а їх результати, внаслідок високої частоти недіагностованих супутніх та поєднаних уражень нерідко бувають незадовільними – рецидиви патології трапляються за даними окремих джерел у 15–70% спостережень [1, 3, 4, 10]. Дерматофіти є основними збудниками оніхомікозу стопи, спричиняють біля 90% усіх грибкових інфекцій нігтів; найчастіше дерматофітний оніхомікоз викликають два види – *Trichophyton rubrum* у 75–80% та *Trichophyton mentagrophytes* у 10–15% [1, 2, 8, 11]. Грибкові інфекції нігтів (оніхомікози) до останнього часу залишаються однією з найважчих проблем дерматології та дерматохірургії не лише у терапевтичному, але і в діагностичному та епідеміологічному

аспектах [1, 2, 7]. Червона трихофітія (*Trichophyton rubrum*, син.: *T. purpureum*, *T. rubidium*) з 70-х років є основною серед грибкових уражень стоп і оніхомікозів. Цей збудник відрізняється високою контагіозністю, вірулентністю, здатністю уражати не лише будь-які ділянки шкіри, але і викликати у відносно короткі терміни множинне ураження нігтів ніг і рук. Збудниками можуть бути також інші грибки роду *Trichophyton*; дерматофіти родів *Microsporum*, *Achorion*; різні роди пліснявих, а також дріжджоподібні грибки роду *Candida* [1, 2]. Малодослідженими аспектами являються пато та морфогенез оніходеструкції, формування поєднаних уражень, компресійних та гнійно-некротичних ускладнень. Результати комплексного лікування, внаслідок високої частоти недіагностованих супутніх та поєднаних уражень нерідко бувають незадовільними. У літературі відсутній комплексний аналіз ефективності хірургічних методів у амбулаторному лікуванні деструктивних оніхомікозів; диференційований алгоритмічний підхід щодо лікувальної тактики. Остаточо не конкретизовано вибір методів і строків здійснення оперативного втручання на дистальній фаланзі в умовах мікотичної контамінації, недостатньо опрацьовані покази щодо окремих методик комплексного лікування.

Дослідити деякі морфогенетичні ланки виникнення гнійно-некротичних деструктивних та компресійних ускладнень оніхомікозу, покращити ефективність комплексного лікування ускладненого оніхомікозу шляхом розробки та впровадження нових способів хірургічного втручання, оптимізації застосування окремих методик.

Нами проспективно за п'ятирічний період (2008-2013) проаналізовано 427 випадків деструктивного оніхомікозу пальців стопи, що прооперовані у хірургічних відділеннях комунальної 4 міської лікарні, клінічних поліклінік №2 та №5 м. Львова. Усім хворим було проведено адекватне хірургічне втручання. У відповідності щодо нозологічних форм та клінічних варіантів ураження хворі з хірургічною оніхопатологією (загальна вибірка) розділені на окремі статистичні сукупності. Проведено комплексне дослідження із застосуванням біохімічних, рентгенологічних, патоморфологічних, бактеріо- та мікологічних, а також імунологічних досліджень для ідентифікації окремих варіантів ураження нігтьової пластини у корелятивному та прогностичному порівнянні з нозологічними формами та особливостями клінічного перебігу. Патогістологічне дослідження змін структур нігтьової пластини та інших нігтьових тканин проводилося з ціллю вивчення та встановлення морфологічних критеріїв окремих нозологічних форм уражень нігтя.

По сумарній кількості спостережень у загальному матеріалі однозначно переважали хворі з дерматофітійним мікозом; пацієнти цих субвбірок становили понад 65% загальної вибірки. Пік звернень за медичною допомогою хворих з дерматофітійним оніхомікозом та кандидозним оніхомікозом (включаючи змішані та поєднані ураження) припадав на субвбірку осіб 60-70 років. Проте «пікова» частота звернень за медичною допомогою пацієнтів з оніхогрифозно зміненими нігтями констатована у субвбірці хворих 50-60 річного віку. Розглядаючи оніхогрифоз як термінальний варіант мікотичного ураження нігтьових пластин, можна припустити, що особи даного віку становили групу соціально-незахищених хворих, що не отримували лікування при наявності недеструктивних варіантів оніхомікотичного ураження та групу ризику виникнення рецидивів, включаючи рецидиви компресійної оніхопатології.

Результати та їх обговорення. При ураженні нігтьової пластини процес звичайно починається з контамінації з вільного краю або на межі між вільним краєм і ложем нігтя [1-4]. Гриби можуть поширюватися *per continuitatem*, тобто з вогнищ, що локалізуються у складках шкіри: міжпальцевих і під пальцями стоп; процес з цих ділянок поступово переходить на нігтьові пластини [1]. При рубромікозі нігтів локалізація уражених ділянок може спостерігатися (особливо при рецидивах) у проксимальній (задній) частині нігтя. Патогенні гриби також здатні контамінувати ніготь, інфікуючи білянігтьовий валик та попадаючи через матрикс безпосередньо в нігтьове ложе [7-9, 11]. Ушкодження матрикса призводить до змін нігтьової

пластинки – нерівностей, борозен, тріщин, потовщення нігтя та виражених набутих деформацій. Також можливе інфікування з дистальних відділів нігтя через мікротріщини нігтьової пластини, запусілі канали в нігтьовому ложі, що залишилися після дрібних післятравматичних геморагій [1, 3, 4]. Досить часто спостерігається поєднане ураження: оніхомікоз та врослий ніготь з формуванням оніхолізісу та оніходеструкції дерматофітійного, кандидозного або змішаного походження (рис. 1) [3, 10, 11].

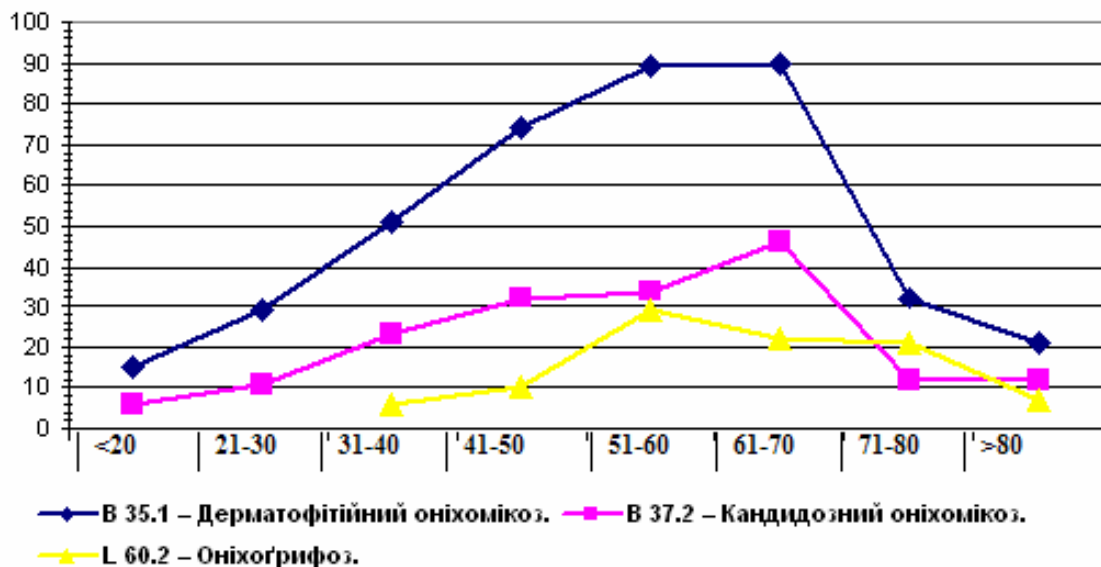


Рисунок 1. Нозологічні форми деструктивних оніхомікотичних уражень: графічне зображення динаміки розподілу за віком

При проведенні морфологічного дослідження нами симультанно вивчено та конкретизовано пато- та морфогенез деструктивного оніхомікозу. Для піднігтьового гіперкератозу характерне зливне ураження субоніхеального простору з формуванням гіперкератоїдних мас та організованих мікроабсцесів, що містять друзи патогенних грибів. Піднігтьовий гіперкератоз та дерматофітома з однієї сторони викликають компресію центральної частини нігтя, конгломерат нігтьової пластини, піднігтьового гіперкератозу та трихофітоми остаточно може кальцинувати, формуючи оніхогрифоз. В інших випадках внаслідок приєднання бактерійної суперінфекції наявне формування мало- або безсимптомного піднігтьового панариція змішаної етіології (гнійні вогнища множинні, у вигляді бджолиних сот), що внаслідок особливостей клінічного перебігу (мало- або безсимптомного) нерідко є причиною періоститу та кісткового панариція – остеомієліту дистальної фаланги пальця. До деструктивних та ускладнених форм оніхомікозу було віднесено піднігтьовий гіперкератоз з оніхолізісом і формуванням піднігтьового панариція та гнійну мікотичну пароніхію. Формування гіперкератозу, узурування та деструкція центральної частини нігтя, – цей процес був типовим для 89% парціальної вибірки трихофітних уражень. У 29,98% з них формувалася піднігтьова дерматофітома – псевдопухлинний утвір, що складалася з епітелізованих ділянок кальцинованих гіперкератоїдних мас і організованих мікотичних мікроабсцесів. Конгломерат нігтьової пластини, піднігтьового гіперкератозу і трихофітоми в 8,196% випадків формували оніхогрифоз. В інших спостереженнях констатовано виникнення у хворих гнійних ускладнень. Патологічні зміни нігтьової пластинки полягали в гіпертрофії й деформації нігтя, поверхневих патологічних нашаруваннях на нігтьовому ложі (бурого кольору з розпадом) та формуванні множинних гнійних бактерійно-мікотичних вогнищ з абсцедуванням (у вигляді «бджолиних

сот»). У 193 пацієнтів, віком 65–83 років, діагностовано піднігтьовий гіперкератоз; у 38 хворих констатовано оніхогрифотичні зміни нігтів; також іншу парціальну вибірку становили формування поєднаних уражень на фоні поліоніхомікозу. У осіб з деструктивним оніхомікозом застосовано комплекс рентгенологічного, бактеріологічного та мікологічного обстеження. З уражених нігтів найбільш часто виділяли *T. rubrum* (85% парціальної вибірки) та *T. mentagrophytes*, а також – *C. albicans*.

Етапне видалення уражених нігтьових пластин із супутньою корекцією ускладнень деструктивного поліоніхомікозу проводили згідно з клінічними критеріями, які на нашу думку є алгоритмічними та можуть бути представлені у наступній логічній послідовності. При наявності поліоніхомікозу з ураженням більше 4 нігтьових пластин та ураженням інших структур стопи (кисті) хірургічну санацію розділяли на декілька етапів. Одномоментно видаляли не більше 4 нігтьових пластин. У випадку наявності іншої мікотично-асоційованої патології одномоментно виконували не більше 2 симультанних операцій та видаляли не більше 3 нігтьових пластин. Вибір послідовності оперативних втручань здійснювали за їх ургентністю з урахуванням запропонованої нами оригінальної морфологічної класифікації змін при поліоніхомікозі. Спочатку видаляли гострі гнійно-некротичні вогнища, наступним етапом – деструктивний оніхомікоз з хронічними гнійними та компресійними ускладненнями та третім – заключним етапом – неускладнені ділянки оніходеструкції. Для швидкого очищення нігтьових лож від фібринозних, гнійних та мікотичних (дерматофітомних) нашарувань у лікувальному комплексі застосовували системну антимікотичну терапію [4, 6-9], ферментну терапію серраціопептидазою. Залишені мікотично-змінені ділянки нігтів щоденно санували антимікотичними лаками (Лоцерилом, Батрафеном або Циклопіроксом) [8] з метою попередження ре- або мікст-інфекції, а також з ціллю профілактики подальшої фрагментації нігтів. Кожний наступний хірургічний етап проводили лише після повного очищення попередньо санованих нігтьових лож від мікотичних нашарувань; гранулювання (по можливості – епітелізації) операційних ран. Наявність деструктивного оніхомікозу і компресійних ускладнень була прямим показом [4, 7, 9] щодо застосування у комплексному лікуванні антимікотичної пульс-терапії. У хворих з наявним фоновим облітеруючим захворюванням артерій нижніх кінцівок застосовували лише максимально ощадні методики видалення нігтів та проводили наступні етапи хірургічної санації лише після повної епітелізації операційних ран під прикриттям курсу судиннорозширюючої терапії.

Основною патологічною структурою деструктивного оніхомікозу був піднігтьовий гіперкератоз, який характеризується наявністю патологічного надлишкового “ороговіння” нігтя; нігтьова пластина потовщена, деформована, росте поверх буруватих патологічних мікотичних гіперкератоїдних крихких нашарувань на нігтьовому ложі. Оперативне лікування – елімінацію уражених нігтів здійснювали шляхом мобілізації через патологічно змінені структури з подальшим поетапним блокоподібним висіканням залишених врослих фрагментів нігтьової пластини з патологічно зміненими епоніхеальними валиками та видаленням дерматофітомних нашарувань.

При оніхогрифозі, ускладненому компресією епоніхеальних тканин та оніхокриптозом здійснювали латеральне відсепарування нігтьової пластини распатором зі сторони «вростання» в епоніхеальний валик після висічення епоніхія розширеним латеральним блокоподібним доступом, а також – зі сторони ретрооніхеального валика доступом Канавела, при якому формувалася ретроніхеальний клапоть після проведення двобічної тотальної епоніхекомії та проводилось “вилущування” нігтя тупим шляхом зі сторони росткової зони. Здійснювали видалення нігтьової пластини шляхом мобілізації за проксимальний кінець затискачем типу “москіт” та її “вилущування” тупим шляхом зі сторони росткової зони. Виконували парціальну

матриксектомію – висікали та діатермокоагулювали матрикс нігтя в ділянках вторинного вrostання.

Незадовільні результати комплексного лікування оніхопатології (виникнення компресійних рецидивів) за нашими даними детермінуються неврахуванням патогенетичних та морфогенетичних чинників деструктивного оніхомікозу, технічними погрішностями оперативних втручань (неадекватний вибір методу резекції, травматичне виконання оніхектомії, недостатній обсяг резекції навколонигтьових тканин, відмова від проведення парціальної матриксектомії (рис. 2), фіксація залишків епоніхеальних тканин із звуженням епоніхеального каналу), відмовою від виконання симультанних оперативних втручань на глибшєрозташованих структурах при поєднаних мікотично-асоційованих ураженнях, неефективним проведенням профілактичних до- та інтраопераційних заходів щодо поширення мікотичної інфекції на глибшєрозташовані структури [3, 5, 9].

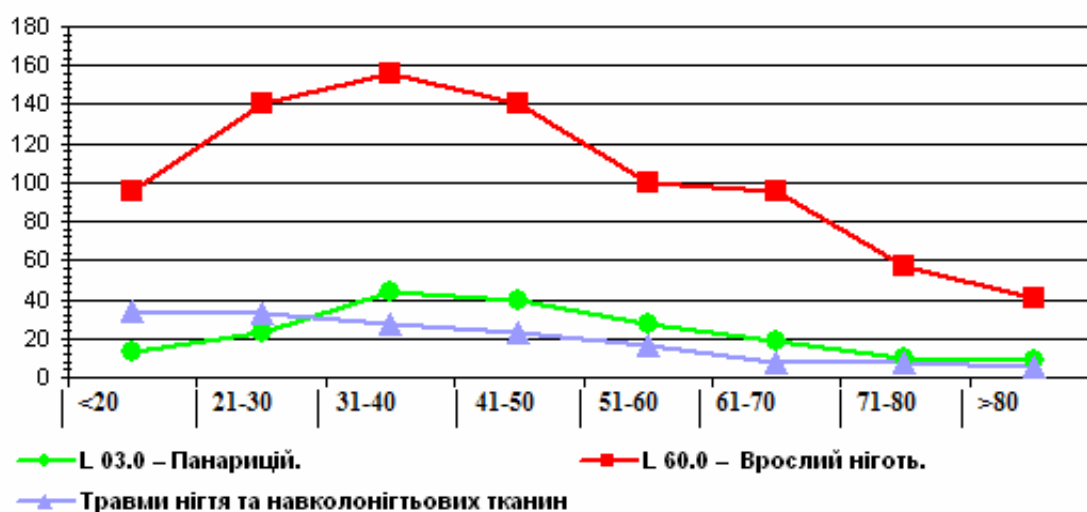


Рисунок 2. Нозологічні форми деструктивної хронічної та рецидивної патології: графічне зображення динаміки розподілу за віковими групами

Пізні компресійні рецидиви при мікотично-асоційованому оніхокриптозі становили 10-35%, а при врослому нігті, поєднаному з піднігтьовим гіперкератозом та оніхогрифозом (без системної антимікотичної терапії) – 40-70%. “Механістичний” підхід до хірургічного лікування малооб’ємних уражень кисті та стопи, неадекватне ведення післяопераційного періоду при гнійно-некротичній патології дистальної фаланги пальця сприяє виникненню мікотичної мікст-інфекції, вторинних деформацій, а також – вrostанню нігтьової пластини.

Висновки. Видалення мікотично уражених нігтів у таких хворих доцільно проводити через оніхолізовані структури з одномоментним видаленням дерматофітоми, гіперкератозів, ділянок вrostання з епоніхеальними гіпергрануляціями та профілактикою мікст-інфікування ран антимікотичними лаками. Особливості змін нігтьових пластин при деструктивних формах оніхомікозу: піднігтьовому гіперкератозі та оніхогрифозі детермінують впровадження специфічних способів видалення нігтьових пластин у відповідності щодо зниження травматичності маніпуляцій, зменшення ризику пошкодження нігтьового ложа та профілактики розповсюдження гіфів збудника у навколонигтьових тканинах. Наявність деструктивного оніхомікозу і компресійних ускладнень є показом до хірургічного лікування та застосування антимікотичної пульс-терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Иванов О.А., Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. и др. Онихомикозы в России: от исследований к эффективному лечению и профилактике наиболее массовых заболеваний человека / О.А. Иванов, Ю.В. Сергеев, А.Ю. Сергеев и др. // Кремлевская медицина. - 2004. - № 2. - С. 25-29.
2. Коляденко В.Г., Степаненко В.И. Значение плесневых грибов в развитии микозов стоп / В.Г. Коляденко, В.И. Степаненко // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол.- 2001.- №1.- С.41—48.
3. Котик В.В., Вергун А.Р. Онихомікоз стопи: етіологічне та патогенетичне обґрунтування деяких хірургічних аспектів комплексного лікування / В.В. Котик, А.Р. Вергун // Практична медицина. – 2005. – Т. XI, № 3. – С. 27-33.
4. Котик В.В., Поліщук Н.В., Вергун А.Р. Обґрунтування та методики проведення системної антимікотичної терапії при поліоніхеальних та поєднаних мікотичних ураженнях (огляд літератури) / В.В. Котик, Н.В. Поліщук, А.Р. Вергун // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2006. – Т. 6, № 1. – С.11-16.
5. Соловьев А.М., Кулешова А.М. Дрожжеподобные и плесневые грибы как возможная причина рецидивов онихомикозов / А.М. Соловьев, А.М. Кулешова // Дерма.— 2001.— №1.— С.20—21.
6. Степанова Ж.В., Скрипкин Ю.К. Опыт применения итраконазола (орунгала) в лечении грибковых заболеваний ногтей и кожи / Ж.В. Степанова, Ю.К. Скрипкин // Вестн. дерматол. – 2001. - №2. – С. 66—68.
7. Новик Ф.К., Пономарев Б.А., Кулагин В.И. Лечение онихомикозов стоп / Ф.К. Новик, Б.А. Пономарев, В.И. Кулагин // Вести дерматологии. - 1999. - №37 – С.46—47.
8. Baran R., Feuithade M., Datry A. et al. A randomized trial of amorolfine 5% nail lacquer combined with oral terbinafine compared with terbinafine alone in the treatment of dermatophytic toenail onychomycoses affecting the matrix region / R. Baran, M. Feuithade, A. Datry et al. // Br. J. Dermatol.— 2001.— Vol. 142.— P. 1177—1183.
9. Baran R, Hay R.J. New evidence for the efficacy of combination therapy in onychomycosis / R. Baran, R.J. Hay // Br. J. Dermat. – 2001. - № 145. – P. 60-61.
10. Burkhart C.N., Burkhart C.G., Gupta A.K. Dermatophytoma: recalcitrance to treatment because of existence of fungal biofilm / C.N. Burkhart, C.G. Burkhart, A.K. Gupta // J. Am. Acad. Dermatol.— 2002.— V.47, № 4.— P.629—631.

З.М. КІТ

ВПЛИВ ІНГІБІТОРУ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮВАЛЬНОГО ФЕРМЕНТУ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЇ

За даними літератури, інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту (іАПФ) покращують функцію ендотелію. З метою вивчення стану функції ендотелію за умов застосування лізиноприлу у 103 хворих з артеріальною гіпертензією з нормальною та надлишковою масою тіла чи ожирінням визначено рівні L-аргініну, ендотеліну-1, оксиду азоту. У пацієнтів з м'якою і помірною АГ з нормальною масою тіла діагностована ендотеліальна дисфункція, зумовлена помірним зростанням L-аргініну та ендотеліну-1, яка ще більше зростає за умов надмірної маси тіла та ожиріння, про що свідчать більше зростання L-аргініну (у 2,3 рази) і ендотеліну-1 (у 2,4 рази) та оксиду азоту (в 1,5 рази). Надмірна маса/ожиріння виснажують компенсаторні механізми ендотелію щодо синтезу оксиду азоту. Застосування лізиноприлу впродовж 1 місяця не супроводжувалось

нормалізацією показників функції ендотелію, крім рівня оксиду азоту, що вимагає пошуку інших лікувальних підходів та дослідження ефекту більш тривалих курсів іАПФ.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, лізиноприл, оксид азоту, ендотелін-1, L-аргінін.

По данным литературы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ингибиторы АПФ) улучшают функцию эндотелия. С целью изучения состояния функции эндотелия при условиях применения лизиноприла у 103 больных с артериальной гипертензией с нормальной и избыточной массой тела или ожирением определено уровни L-аргинина, эндотелина-1, оксида азота.

У пациентов с мягкой и умеренной АГ с нормальной массой тела диагностирована эндотелиальная дисфункция, предопределенная умеренным ростом L-аргинина и эндотелина-1, которая повышается при условиях избыточной массы тела и ожирения, о чем свидетельствуют повышение уровня L-аргинина (в 2,3 раза) и эндотелина-1 (в 2,4 раза) и оксида азота (в 1,5 раза). Избыточная масса/ожирение истощают компенсаторные механизмы эндотелия относительно синтеза оксида азота. Применение лизиноприла на протяжении 1 месяца не сопровождалось нормализацией показателей функции эндотелия, кроме уровня оксида азота, который требует поиска других лечебных подходов и исследования эффекта более длительных курсов иАПФ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, лизиноприл, оксид азота, L-аргинин, эндотелин-1.

According to the literature ACE inhibitors improve endothelial function. In order to assess endothelial function in hypertensive 103 patients taking up lisinopril with normal, increased body weight and obesity were studied for the levels of L-arginine, endothelin-1 and nitric oxide. In patients with mild and moderate hypertension and normal body weight endothelial dysfunction was diagnosed due to moderate elevation of L-arginine and endothelin-1 levels. More significant endothelial dysfunction was diagnosed in overweighted and obese patients as marker levels raised to higher levels (L-arginine up to 2,3 UNL, endothelin-1 up to 2,4 UNL and nitric oxide up to 1,5 UNL). Overweight and obesity deplete endothelial compensatory mechanisms of nitric oxide synthesis. Lisinopril administration for 1 months was not followed by endothelial function marker's normalization with exception of nitric oxide. Therefore assessment of prolonged treatment with ACE-inhibitors as well as new treatment strategies is required.

Key words: hypertension, lisinopril, nitric oxide, L-arginine, endothelin-1

Артеріальна гіпертензія (АГ) та ускладнення, до яких вона призводить, належить до найважливіших медичних і соціальних проблем не тільки в Україні, але й в економічно розвинених країнах світу. Вона стійко залишається основною причиною інвалідності та летальності в осіб працездатного віку.

Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) займають перші позиції серед гіпотензивних препаратів завдяки здатності зменшувати кількість серцево-судинних захворювань і смертності [2, 6, 7]. У численних дослідженнях доведено, що іАПФ покращують функцію ендотелію завдяки пригніченню активності циркулюючої та внутрішньосудинної ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, внаслідок чого зменшується утворення супероксидних аніонів та сповільнюється деградація брадикініну з відновленням функції рецепторного апарату ендотелію [5, 6]. Гладенькі м'язи артерій безпосередньо регулюють судинний тонус через продукцію оксиду азоту, ендотеліну-1 та Na⁺-уретичних пептидів, сприяючи локальній і системній регуляції судинного тонусу [8, 9].

Одним з найбільш застосовуваних препаратів у лікуванні АГ на тлі ожиріння є іАПФ - лізиноприл, який широко застосовують у комплексній терапії даної патології та її ускладнень. Фармакологічними особливостями лізиноприлу є: гідрофільність, у зв'язку з чим він не

розподіляється у жировій тканині, та накопичується у високих концентраціях в крові, що робить його препаратом вибору при лікуванні АГ з ожирінням. З іншого боку, він не метаболізується через систему СУР 450 в печінці, тому його можна призначати при коморбідній патології, зокрема при гепатобіліарній патології [4]. На тлі терапії іАПФ не відбувається несприятливих змін у вуглеводному, ліпідному обміні, рівні сечової кислоти. Серед інших особливостей дії лізиноприлу є виражений кардіо- та нефропротекторні ефекти

За даними літератури, під впливом лізиноприлу спостерігається істотне зниження співвідношення «медіа/просвіт», покращується функція ендотелію, зменшується фракція колагену та маркера фіброзу гідроксипроліну, а також зменшується діаметр кардіоміоцитів [5, 10]. Однак, вплив лізиноприлу на показники ендотеліальної функції вивчений недостатньо, що зумовило доцільність нашого дослідження.

Мета роботи: вивчити стан функції ендотелію за умов застосування лізиноприлу у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ).

Матеріали та методи. В амбулаторних умовах обстежено 103 хворих на АГ I-II стадії, 1-2 ступеня (з них 40 - пацієнти з нормальною масою тіла, 63 - з надмірною масою (НМТ) та ожирінням) (табл.1)

Таблиця 1.

Клінічна характеристика хворих на АГ з нормальною масою тіла та ожирінням у порівнянні з практично здоровими особами

Показник	Практично здорові Особи	Хворі на артеріальну гіпертензію з нормальною масою тіла	Хворі на артеріальну гіпертензію з НМТ та ожирінням
Кількість обстежених	20	40	63
Вік (M ± m), роки	31,1 ± 0,65	64,4 ± 1,8	63,6 ± 1,2
Чоловіки	12	20	17
Жінки	8	20	46
Маса тіла (M ± m), кг	69,8 ± 1,31	67,0 ± 0,6	90,4 ± 1,4*
Зріст (M ± m), м	1,76 ± 0,01	1,66 ± 0,01	1,66 ± 0,01
Індекс маси тіла (M ± m), кг/м	22,5 ± 0,26	24,2 ± 0,2	32,7 ± 0,6*
Обвід талії (M ± m), см	76,4 ± 1,27	86,5 ± 1,4	98,7 ± 0,9*
Обвід стегон (M ± m), см	91,4 ± 1,00	98,2 ± 0,5	106,6 ± 1,2*
Офісний САТ (M ± m), мм рт.ст.	120 ± 1,58	166,0 ± 1,1	164,5 ± 1,5
Офісний ДАТ (M ± m), мм рт.ст.	75 ± 1,3	95,0 ± 0,85	94,8 ± 0,9

Примітка. * – різниця значуща (p<0,05) порівняно з групою хворих на АГ з нормальною масою тіла (критерій Манн-Уїтні)

В усіх пацієнтів визначено вміст оксиду азоту методом специфічної кольорової реакції з реактивом Грісса, вільного L-аргініну спектрофотометричним методом з трихлороцтовою кислотою [1, 3], ендотеліну-1 імуноферментним методом із використанням набору “Endothelin-1 ELISA kit”. Упродовж 1 місяця усі пацієнти приймали лізиноприл в дозі 10–20 мг на добу. Контрольну групу склали 20 здорових осіб. Результати опрацьовані методами варіаційної статистики з використанням критерію Вілкоксона, критерію Манн-Уїтні.

Результати та обговорення. Визначення показників функції ендотелію показало наявність ендотеліальної дисфункції у хворих навіть з м'якою АГ та нормальною масою тіла (рис.1).

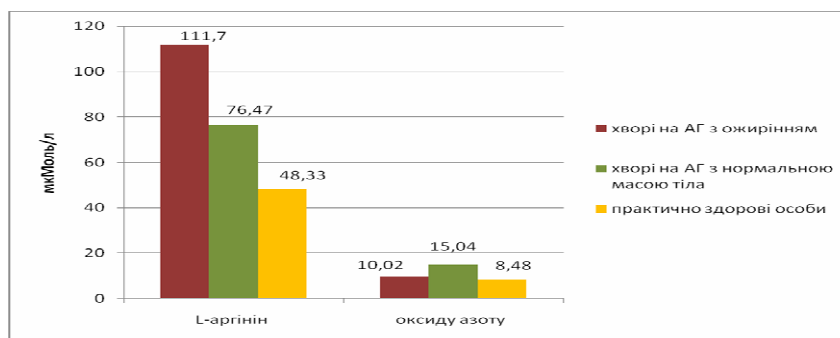


Рис. 1. Показники L-аргініну та оксиду азоту у хворих на артеріальну гіпертензію з нормальною масою тіла, ожирінням і у практично здорових осіб

Середній вміст оксиду азоту у хворих на АГ з НМТ та ожирінням майже не відрізнявся від практично здорових осіб ($10,02 \pm 0,63$ мкМоль/л та $8,48 \pm 1,64$ мкМоль/л, $p > 0,05$), тоді як у хворих з АГ та нормальною масою тіла цей показник був вищим у 1,5 рази, ніж у практично здорових ($15,04 \pm 1,00$ мкМоль/л, $p < 0,05$) (рис.1). Аналіз величин оксиду азоту у хворих з НМТ та ожирінням показав, що збереження його рівня в межах норми зумовлено низькими концентраціями ($< 7,0$ мкМоль/л) майже у 45 % пацієнтів, тоді як у інших він був підвищеним. Отже, ожиріння і НМТ призводять до виснаження компенсаторних можливостей судинного ендотелію та зниження продукції оксиду азоту. Хоча, при АГ з НМТ чи ожирінням спостерігається збільшення середніх значень L-аргініну в 1,5 рази порівняно з хворими на АГ з нормальною масою тіла ($111,7 \pm 4,65$ мкМоль/л та $76,47 \pm 6,29$ мкМоль/л, $p < 0,05$), цього недостатньо для поповнення дефіциту оксиду азоту і забезпечення достатніх вазодилатуючих можливостей (рис.1).

Виявлено достовірне зростання вмісту ET-1 в плазмі крові в обох групах пацієнтів порівняно з показниками ET-1 у практично здорових осіб ($p < 0,01$ для обох груп порівняно з контролем) (рис. 2). При цьому у пацієнтів з АГ та ожирінням рівень ET-1 істотно ($p < 0,05$) перевищує відповідний показник у хворих на АГ з нормальною масою тіла.

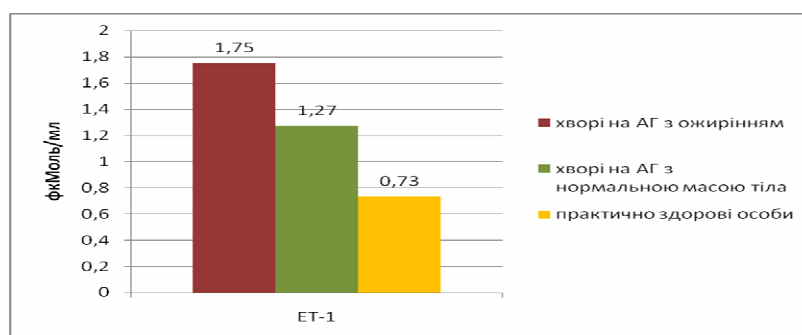


Рис. 2. Показники ендотеліну-1 у хворих на АГ з нормальною масою тіла, ожирінням і у практично здорових осіб

Результати визначення параметрів функції ендотелію після чотирьохтижневого лікування лізиноприлом хворих на АГ з НМТ чи ожирінням показали, що поряд із нормалізацією артеріального тиску показники функції ендотелію змінились несуттєво (табл. 2): рівні L-аргініну та ендотеліну-1 дещо зменшились – відповідно на 10 % (з $108,23 \pm 6,02$ мкМоль/л до $97,12 \pm 6,76$ мкМоль/л, $p > 0,05$) та 4 % (з $1,90 \pm 0,3$ фкМоль/мл до $1,83 \pm 0,3$ фкМоль/мл, $p > 0,05$),

тоді як вміст оксиду азоту навпаки збільшився на 9 % (з $9,65 \pm 1,0$ мкМоль/л до $10,49 \pm 1,05$ мкМоль/л, $p > 0,05$).

Таблиця 2

**Динаміка показників L-аргініну, оксиду азоту, ендотеліну-1 під впливом лізиноприлу
($M \pm m$)**

Показники	До лікування	Після лікування
L-арг, мкМоль/л	$108,23 \pm 6,02$	$97,12 \pm 6,76$
NO, мкМоль/л	$9,65 \pm 1,0$	$10,49 \pm 1,05$
ЕТ-1, фкМоль/мл	$1,90 \pm 0,3$	$1,83 \pm 0,3$

Незважаючи на позитивні клінічні результати лікування лізиноприлом, повної нормалізації показників функції ендотелію не відбулось, оскільки L-аргінін все ще перевищував значення норми у 2 рази, а ендотелін-1 – у 2,5 рази (обидва $p < 0,05$ порівняно з контрольною групою), тоді як вміст оксиду азоту суттєво не відрізнявся від норми.

Висновки. У пацієнтів з м'якою і помірною АГ з нормальною масою тіла діагностована ендотеліальна дисфункція, зумовлена помірним зростанням L-аргініну та ендотеліну-1, яка ще більше зростає за умов надмірної маси тіла та ожиріння, про що свідчать більше зростання L-аргініну (у 2,3 рази) і ендотеліну-1 (у 2,4 рази) та оксиду азоту (в 1,5 рази). Надмірна маса чи ожиріння виснажують компенсаторні механізми ендотелію щодо синтезу оксиду азоту.

Перспективи подальших досліджень. Застосування лізиноприлу впродовж 1 місяця не супроводжувалось нормалізацією показників функції ендотелію, окрім рівня оксиду азоту, що вимагає пошуку інших лікувальних підходів та дослідження ефекту більш тривалих курсів ІАПФ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алейникова Т. Л. Руководство к практическим занятиям по биохимии / Т. Л. Алейникова, Г. В. Рубцова // М.: Высшая школа, 1988. – 239 с.
2. Бабак О. Я. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца - эндотелиальная дисфункция: современное состояние вопроса / О. Я. Бабак, Ю. Н. Шапошникова, В. Д. Немцова // Укр. терапевт. журн. – 2004. – №1. – С.14-20.
3. Біохімічні показники в нормі і при патології. Навчальний довідник / Д. П. Бойків, Т. І. Бондарчук, О. Л. Іванків [та ін.]; за ред. проф. О. Я. Склярова. – Київ: Медицина, 2007. – 320 с.
4. Кардашевская Л.И.. Современная антигипертензивная терапия: фокус на фиксированные комбинации антигипертензивных средств. Therapia. Український медичний вісник. – 2013. – № 10(84). – С.31-38.
5. Маколкин В. Н. Возможности ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента в терапии заболеваний сердечно-сосудистой системы / В. Н. Маколкин // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, № 26. – С. 1721-1725.
6. Ренин-ангиотензиновая система и сердечно-сосудистый риск / R. E. Schmieder, K. F. Hilgers, M. P. Schlaich [et al.] // Therapia (Укр.мед.вісник). – 2007. – № 6. – С. 24-35.
7. Angiotensin-converting enzyme is involved in outside-in signaling in endothelial cells / K. Kohlstedt, R. P. Brandes, W. Muller-Esterl [et al.] // Circ. Res. – 2004. – V. 94. – P. 60-67.
8. Basal endothelial nitric oxide release is preserved in overweight and obese adults / C. A. De Souza, G. P. Van Guilder, J. J. Greiner [et al.] // Obes. Res. – 2005. – V. 3, № 8. – P. 1303-1306.
9. Contribution of endothelial nitric oxide to blood pressure in humans / A. Gamboa, C. Shiba, A. Diedrich [et al.] // Hypertension. – 2007. – V. 49, № 1. – P. 170-177.
10. Ferrario C. M. Angiotensin-converting enzyme 2 and angiotensin-(1-7): an evolving story in cardiovascular regulation / C. M. Ferrario // Hypertension. – 2006. – V. 47. – P. 515-521.

ХРОНІКА

І. М. НОВИЦЬКА, І.О. ФІЛЬЧАГОВА ДЕЯКІ ВИЗНАЧНІ ДАТИ ВЕРЕСНЯ

8 вересня – Міжнародний день грамотності

Всесвітній день грамотності започатковано Організацією Об'єднаних Націй більше трьох десятиків років тому. Відзначається він з 1976 р. за рішенням Генеральної конференції ЮНЕСКО.

Грамотність є основою для здобуття нових знань і вмінь, що є інструментами ефективної участі людини в усіх сферах суспільного життя XXI століття. З метою забезпечення освіти для всіх резолюцією 56 / 116 Генеральної Асамблеї ООН період 2003–2012 рр. проголошено Десятиріччям грамотності. Для виконання цього розроблений Міжнародний план дій, названий Дакарським, за місцем проведення 57-ї Генеральної асамблеї – у столиці Сенегалу. Населення Землі сягнуло шести мільярдів і продовжує рости високими темпами. Проте майже одна шоста від загалу землян – неграмотні. Це – вражаюча цифра, 860 мільйонів! З них – 100 мільйонів дітей, які ніколи не сиділи за партами, не тримали в руках книгу, не лічили зірок у небі та, найстрашніше, залишилися на узбіччі цивілізації. Протягом останніх десятиліть спостерігається значний прогрес у забезпеченні грамотності. Зокрема, у 1950 році в половині країн світу 50% дорослого населення (старших 15 років) були неграмотними. На сьогодні таке явище спостерігається лише у 25 країнах світу, у решті країн рівень неграмотності населення в середньому не перевищує 10%. У 1970 році лише двоє з трьох жителів нашої планети були освіченими, у 1990 році – троє з п'яти, а станом на 2006 рік – четверо з п'яти. Освічених людей із кожним роком стає все більше й більше, але боротьба з нецтвом залишається надзвичайно складною та масштабною проблемою. Безліч дітей, молодих людей та дорослих, що здобути освіту, не відповідають рівню, необхідному для того, щоб їх можна було вважати грамотними в умовах сьогодення.

Грамотність – свято для людства, бо грамотних людей у світі до чотирьох мільярдів. Однак грамотність для всіх – дітей, молоді та дорослих – ще не до кінця досягнута мета.

Мета Міжнародного дня грамотності – відзначити, що бути грамотним важливо для кожної людини та суспільства в цілому. Цей День підкреслює важливість грамотності та хоча б базової освіти як основних інструментів, що необхідні для побудови інтегрованого й мирного суспільства у XXI столітті.

Грамотність – фундамент, на якому можна збудувати подальший розвиток людини. Відкриваючи доступ до книги, вона дає можливість користуватися скарбницею думки та знання, що створені людством. Але можливість – це ще не все. Ступенем поширення грамотності в певному народі характеризується ступінь участі всього народу в розумовому житті людства.

Тож пам'ятаймо, що грамотність є беззаперечним правом кожної людини, інструментом її соціального та особистого розвитку.

10 вересня – Всесвітній день запобігання самогубствам

Половина випадків насильницької смерті на нашій планеті припадає на самогубства. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), загальна кількість смертей від суїциду зараз наближається до мільйона на рік.

Тенденції такі, що до 2020 року число самогубств, очевидно, зросте в півтора рази. У зв'язку з цим ВООЗ оголосила 10 вересня Всесвітнім днем запобігання самогубствам.

Суїцид - це глобальна і трагічна проблема для світової охорони здоров'я. По всій землі після рішення накласти на себе руки вмирає більше людей, ніж у результаті воєн і насильницьких убивств, разом узятих. За поширеністю випадків суїциду попереду йдуть розвинені країни. Першість належить країнам Східної Європи.

Найменші ж показники - в Латинській Америці та Азії. По Африці дані про це практично відсутні.

13 вересня – День фізичної культури і спорту України

Святкування Дня фізичної культури і спорту в Україні припадає на другу суботу вересня (Указ президента від 29 червня 1994 року № 340/94).

Європейські види спорту, такі як футбол і боротьба почали поширюватися в Україні з кінця XIX ст. Всій Європі було відоме ім'я українського борця греко-римського стилю Івана Піддубного. Багато перемог здобули українські спортсмени, виступаючи в різних видах спорту у складі збірних команд СРСР. Легендами українського спорту є стрибун Сергій Бубка (35 світових рекордів), футболісти Олег Блохін та Ігор Беланов, відзначені «золотим м'ячем» як найкращі футболісти Європи.

Визнана в світі і українська школа художньої гімнастики. Зірками цього виду спорту свого часу були Ірина Дерюгіна і Лариса Латиніна, яка завоювала 18 олімпійських медалей (9 золотих, 5 срібних та 4 бронзові) - це найбільше досягнення в історії олімпіад. Всього українськими спортсменами було завойовано більше чотирьохсот олімпійських медалей.

Сьогодні на спортивному небосхилі України сяють нові зірки. Боксерів Володимира і Віталія Кличків, плавчиху Яну Клочкову, гімнастику Ганну Безсонову, легкоатлетку Жанну Пінтусевич, тенісиста Андрія Медведева, футболіста Андрія Шевченка та багатьох інших знають далеко за межами України.

13 вересня – Всесвітній день надання першої медичної допомоги

С 2000 року Всесвітній день надання першої медичної допомоги проводиться щорічно в другу суботу вересня. Ініціатором його проведення виступають національні організації - члени Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця. Основне завдання при наданні першої медичної допомоги полягає в тому, щоб шляхом проведення необхідних найпростіших медичних заходів врятувати життя потерпілому, зменшити його страждання і попередити розвиток можливих ускладнень.

Ситуації, що вимагають надання екстреної медичної допомоги виникають, як правило, несподівано. В основному це відбувається в умовах дефіциту часу і під час відсутності людей зі спеціальним медичною освітою. У цих випадках важливо не піддаватися паніці, діяти швидко й рішуче, тому що в такі моменти дорога кожна секунда. Вже давно відомо про існування так званої «золотої години», того часу, коли постраждалому можна надати найбільш дієву першу допомогу. Саме в такі моменти здоров'я людини, що потрапила в несподіване критичне становище, перебуває між життям і смертю. Пояснюється це тим, що максимальні компенсаторні функції організму людини, при виникненні раптових і серйозних ушкоджень, можуть ефективно підтримувати стабільний стан приблизно протягом однієї години. Саме протягом першої години після настання нещасного випадку надання першої медичної допомоги є найбільш ефективним і дозволяє мінімізувати розвиток небезпечних ускладнень.

16 вересня – Всесвітній день боротьби з лімфомами

Всесвітній день боротьби з лімфомами проводиться щорічно 16 вересня.

Лімфома - це пухлина з клітин імунної системи, різновид злоякісної пухлини, що вражає лімфатичну систему, яка складається з лімфатичних вузлів (невеликі закриті скупчення лімфоцитів), селезінки, вилочкової залози, кісткового мозку. Лімфома - це не одна хвороба, а група з понад 30-ти різних хвороб. Існують два головних типи пухлин імунної системи: лімфома Ходжкіна та неходжкінські лімфоми. Лімфоми - серйозне захворювання, прогресуюче з плином часу.

Сучасна практика дозволяє встановити, що лімфома виліковна в 80% випадків. Шанси хворих на одужання повністю залежать від точної та своєчасної діагностики. У країнах Західної Європи захворюваність лімфомами складає близько 12-15 випадків на 100 000 населення в рік. Приміром, у Росії щорічно діагностується більше 25 000 нових випадків захворювання лімфомами, що становить близько 4% усіх злоякісних пухлин.

16 вересня – Міжнародний день охорони озонowego шару

19 грудня 1994 р. Генеральна Асамблея ООН проголосила 16 вересня Міжнародним днем захисту озонowego шару (Ozone Layer Protectional Day) (Резолюція 49/114). Цей день відзначається з 1995 р. в пам'ять про день підписання в 1987 р. Монреальського протоколу про речовини, що руйнують озонувий шар. При цьому враховувалася необхідність збереження озонowego шару, який фільтрує сонячне проміння і попереджує шкідливий вплив ультрафіолетового проміння на поверхню Землі, тим самим зберігаючи життя на планеті. У 1985 році у Відні 22 країни підписали конвенцію про охорону озонowego шару. Через два роки 16 вересня був підписаний протокол в Монреалі про речовини, які руйнують озонувий шар. Основною метою цих двох угод є запобігання руйнуванню озонowego шару в результаті антропогенних дій. В рамках Монреальського протоколу вдалося заборонити виробництво і вжиток 100 видів хімікатів, що руйнують озонувий шар. Багато які з цих речовин сприяють глобальному потеплінню. В цілому, світовий вжиток таких з'єднань скоротився більш ніж на 95%. Саме тому

Генеральна асамблея ООН проголосила день підписання протокола – 16 вересня – Міжнародним днем охорони озонного шару планети. Озон міститься в атмосфері до висот 100 км, але в незначально малій кількості (до 0,001 %), проте без нього життя на землі було б зовсім не таким, яке ми спостерігаємо зараз. Коли б не озонний шар, то життя не змогло б взагалі вижити з океанів і високорозвинені форми життя типу ссавців, включаючи людину, не виникли б.

На процеси руйнування озонного шару, як з'ясувалося, може істотно впливати людина. В середині сімдесятих років, стало відомо, що деякі речовини можуть викликати зменшення вмісту стратосферного озону. Це – фреони (гази, що використовуються в холодильниках і аерозольних балончиках) і продукти, що виникають при польотах висотної авіації, при запусках ракет, а також багато інших азотистих речовин, що використовуються на поверхні землі.

Останніми роками області дефіциту озону були зареєстровані і над Північною півкулею. Площа цих областей істотно менше антарктичної озонної діри і вони можуть спостерігатися над різними регіонами Північної півкулі, їх прийнято називати локальними озонними дірами. Одна з таких локальних озонних дір спостерігається над Центральною Азією, яка перший раз була відмічена в серпні 1984 р. Проблема втрати озонного шару може призвести до зростання ультрафіолетової радіації Сонця, що робитиме вплив не лише на все населення планети, але і на все живе на Землі.

20 вересня – День фармацевтичного працівника України

День фармацевтичного працівника встановлено Указом Президента України № 1128/99 від 07.09.1999. На фармацевтичному ринку України здійснюють діяльність понад 5 тисяч суб'єктів господарювання, серед яких 9456 аптек, 5470 аптечних пунктів, 6310 аптечних кіосків, 927 аптечних складів і майже 7000 лікувально-профілактичних закладів. Населення України забезпечено широким асортиментом лікарських засобів українського та іноземного виробництва. Українські ліки експортуються в 25 країн світу.

26 вересня – Всесвітній день контрацепції

Починаючи з 2007 року за ініціативою десяти міжнародних організацій так чи інакше пов'язаних з проблемами планування сім'ї почав відзначатися «Всесвітній день контрацепції». Щорічне подія проводиться 26 вересня. Організації, які виступили ініціаторами проведення «Всесвітнього дня контрацепції» - це Азіатсько-Тихоокеанська рада з контрацепції, Агентство США з міжнародного розвитку, Європейське товариство контрацепції і репродуктивного здоров'я, Німецький фонд світового населення, Латиноамериканський Центр «Здоров'я та Жінка», Міжнародна федерація дитячої та підліткової гінекології, Марі Стоупс Інтернешнл, Міжнародна федерація планування сім'ї, Рада з народонаселення і Pan American Health and Education Foundation. Міжнародний день контрацепції, за задумом організаторів, повинен привернути увагу влади та громадськості до проблем, які виникають внаслідок недостатнього статевого виховання і зневаги до засобів контрацепції.

27 вересня – Всесвітній день туризму

Туризм в сучасному розумінні, як масове явище і широкодоступна можливість здійснення подорожі, виник порівняно недавно, на початку минулого століття. Стрімко набираючи обертів, це явище стало настільки популярним, що туризмом в тій чи іншій мірі стало займатися переважна більшість людей, особливо в розвинених країнах і країнах, що розвиваються. Поняття туризму почало швидко обростати специфічними термінами і визначеннями. Це і діловий туризм, і туризм для відпочинку, розважальний та освітній туризм і ціла маса найрізноманітніших форм і напрямків.

Популярність туризму пояснюється дуже просто, туризм - це вигода в усіх напрямках. Він не тільки сприяє процвітанню і благополуччю туристичних регіонів, активно підтримує високий рівень культурного збагачення, яке отримують мандрівники в процесі здійснення своєї поїздки, а й дає величезний заряд бадьорості. За даними проекту DiloVaMova.com, розуміючи користь і важливість розвитку доступного туризму, в 1979-му році Генеральна асамблея Всесвітньої туристської організації при Організації Об'єднаних Націй, що розташовувалася на той момент в іспанському місті Торремоліно, заснувала міжнародне свято - «Всесвітній день туризму», яке було запропоновано відзначати 27-го вересня. Метою цього свята було не тільки пропаганда туризму, а й широке висвітлення його внеску в економіку як окремих регіонів, так і світового співтовариства в цілому, а також подальший глибокий позитивний розвиток міжнародних зв'язків усіх країн. Безліч країн підтримали ініціативу цієї поважної світової організації. Так, наприклад, в незалежній Україні Всесвітній день туризму був додатково закріплений указом Президента України від 21-го вересня 1998-го року № 1047/98 і носить назву «День туризму», відзначається також 27-го вересня.

День туризму - свято всіх, хто хоч раз відчув себе в ролі мандрівника, вибираючись з щоденної буденної суєти в ліс або на поле, на берег річки або озера, на море чи курорт, а також в інші місця, на які

так багата наша улюблена земля! Цілком природно, що це свято і тих, хто сам безпосередньо зайнятий у цій сфері - сфері туристичного бізнесу. Свято персоналу та керівників готельних комплексів, співробітників туристичних компаній і музейних працівників, а також всіх, хто намагається професійно забезпечувати наш повноцінний відпочинок. Зі святом всіх, небайдужих до туризму людей!

28 вересня, неділя Міжнародний день глухонімих

Свято відзначається щорічно в останню неділю вересня.

Міжнародний день глухонімих заснований в 1951 році, на честь створення Міжнародної федерації глухонімих. За статистикою, порушеннями слуху страждає кожна дев'ята людина. Його втрачають в результаті травми, хвороби чи вроджених пороків. На планеті 2500 мов. Але є й ще одна форма спілкування, останнім часом все більше і більше цікавить вчених, - мова погляду й жестів. Всесвітня Федерація глухих в 50-і роки для обслуговування міжнародних заходів глухих, тобто конгресів, симпозіумів, конференцій, у тому числі і спортивних, розробила Жестуно - систему жестів. Абат де Л'Епе заснував першу школу - Паризький інститут глухонімих (1760 рік) у Франції. Він був основоположником мімічного методу, великим прихильником мови жестів. Не вірте в той міф, що глухі замкнуті й нетовариські. Десятки чудових особистостей були глухими. П'єр де Ронсар - поет епохи Відродження, якого називали «принцом французьких поетів», був прекрасним фехтувальником і танцівником. В історію ввійшла його чудова фраза «З поганим слухом у палаці робити нічого».

Гюго - автор «Собору Паризької Богоматері». Бетховен - видатний композитор. Антоніо Станьолі - один з італійських художників. Ясен - французький скульптор. Жан Жак Руссо - письменник.

29 вересня – День отоларинголога

Отоларингологія представляє одну з гілок медицини, яка спеціалізується на діагностиці та лікуванні вуха, горла, носа, а також патологій голови і шиї. Практикуючі лікарі з даної спеціальності називаються оториноларингологами, але частіше використовується скорочення ЛОР - від слова «ларингооторінолог». Своє професійне свято отоларингологи відзначають 29 вересня.

У цей світлий День ми вітаємо наших лікарів «вуха, горла, носа» і бажаємо їм міцного здоров'я, успіхів (і не тільки в медичній практиці), сімейного щастя і довгих років спокійного, але яскравого життя!

30 вересня – Всеукраїнський День бібліотек

Бібліотеки - один з інструментів нашої цивілізації, який вже багато століть доводить свою ефективність в процесах збереження, накопичення і передачі людських пізнань. Вважається, що вперше аналоги сучасних бібліотек з'явилися ще близько 2,5 тис. років до нашої ери на Сході. Це були зібрані в одному з древніх вавілонських храмів міста Ніппур глиняні таблички на яких їх сучасники запам'ятали важливу для них інформацію для наступних поколінь. У Київській Русі перші бібліотеки стали відкривати після прийняття християнства. Це були церковні бібліотеки, серед яких у той час найбільшою вважалася заснована в 1037-му році князем Ярославом Мудрим бібліотека Софії Київської. У цій бібліотеці зберігалася понад дев'яносто книг, що були виготовлені тоді виключно вручну. Для середньовіччя це була грандіозна праця і в подальшому в майстернях при Софійському соборі робилися книги, які увійшли в основу інших бібліотечних зібрань, наприклад, бібліотеки при Печерському монастирі, яка стала найбільшим з кінця XI століття центром культурного життя в Київській Русі.

Звичайно ж іноді книги безповоротно гинули в запалі пожеж і військових баталій, згадаємо лише знамениту Олександрійську бібліотеку. Так, з Софіївської бібліотеки збереглися тільки лічені екземпляри, серед яких найвідоміші - це безцінне Євангеліє. Примітно, що саме Слово Боже, Слово про спасіння і про Спасителя, було для людей найбільш цінною книгою, гідною збереження для наступних поколінь. Книга - Рейнське Євангеліє, на якій приносили клятву французькі королі, а нині, продовжуючи цю традицію, приносять присягу президенти Франції, колись вивезла з Києва Анна, дочка Ярослава Мудрого, це одна з тих небагатьох збережених книг знаменитої Софіївської бібліотеки.

Відаючи данину поваги бібліотечному руху в незалежній Україні, 14-го травня 1998-го року Президентом України було підписано Указ № 471/98 про щорічне святкування Всеукраїнського Дня бібліотек. В Україні він відзначається 30-го вересня. За даними проекту DilovaMova.com, ще з XIII століття, в момент створення Галицько-волинського князівства на Західній Україні вже почався активний бібліотечний рух. При дворі філософа і книжника князя Володимира Васильовича була створена велика книжкова рукописна майстерня. Звичайно поява друкарства в середині XV століття справило грандіозні зміни по всьому світу, це не могло не торкнутися бібліотечної справи. Масштабний розвиток і поширення бібліотек почалося в XVI столітті. У Львові та Острозі з'явилися великі книгосховища. Вони створювалися при освітніх установах. Бібліотека Київської академії була

організована в XVII столітті, а в XVIII столітті наявність бібліотек увійшло в моду у заможних і шляхетських родів, козацьких старшин, будинків єпископів, при монастирях і різноманітних школах.

До другої половини XIX і початку XX століття в землях Західної України, що входила тоді під протекцію Австро-Угорщини, стала діяти ціла мережа культурно-освітніх осередків, під назвою «Просвіта». До 1914-го рока Просвіта налічувала близько 78-ми філій і 2944-х читальних закладів по всьому краю, покриваючи 75% українських населених пунктів Галичини. До 1939 р. цей показник виріс до 85%. За часів радянської влади бібліотечна справа була невід'ємною частиною державної політики.

На сьогоднішній день в Україні функціонують близько 40 тисяч великих і малих бібліотек. Однією з провідних вважається Національна бібліотека Академії наук України імені Володимира Івановича Вернадського, Державна історична бібліотека, Державна бібліотека України для дітей, Національна парламентська бібліотека і т. д. Загальна кількість бібліотечних працівників, зайнятих у цій справі становить близько 53-х тисяч фахівців. Щороку українські книгосховища обслуговують понад 17,5 мільйонів читачів. У цей день, Всеукраїнський День бібліотек, ми так само поспішаємо приєднатися до привітань на адресу всіх працівників цього безцінного осередка, з віками накопиченого, нашого людського досвіду і знань. Бажаємо Вам усіх благ, уваги ваших читачів і ваших справжніх шанувальників! Зі святом бібліотек!

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

ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:

40 річчям

Дутку Яромира Романовича

45 річчям

**Бурову Ларису Михайлівну
Ступницького Ярослава Миколайовича
Андрющенка Дмитра Вікторовича**

50 річчям

**Слабу Оксану Михайлівну
Назаренко Тетяну Петрівну**

60 річчям

Галушка Олександра Івановича

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

Редколегія

Хроніка вересня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

1 вересня – 65 років від дня народження **Олега Івановича Винницького**. Народився в с. Чертежі Львівської області. У 1973 р. закінчив медичний факультет Львівського медінституту. У 1973-1974 рр. – лікар-інтерн відділення акушерства та гінекології Львівської обласної дитячої клінічної лікарні, у 1974-1975 рр. – акушер-гінеколог Миколаївської ЦРЛ Львівської області; у 1975-1978 рр. – молодший науковий співпрацівник Львівського НДІ педіатрії, акушерства та гінекології; у 1978-1980 рр. – асистент кафедри акушерства та гінекології №2. У 1980 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Использование партусистена и его влияние на обмен серотонина у женщин с невынашиванием беременности”. У 1980-1987 рр. працював асистентом кафедри акушерства та гінекології №1. У 1987-1989 рр. – молодший науковий співробітник Київського інституту удосконалення лікарів. У 1988 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Вопросы диагностики, клиники и патогенеза невынашивания беременности”. У 1989 р. – асистент кафедри акушерства та гінекології №1. У 1989-1991 рр. – доцент кафедри. Від 1992 р. – професор кафедри. У 1992-1997 рр. – завідувач кафедри акушерства та гінекології з курсом перинатології. Від 1997 р. – професор кафедри акушерства та гінекології №2 Львівського медичного університету. Наукові дослідження присвячені проблемам гормонального та імунного статусу жінок із завмерлою вагітністю, пренатальної діагностики патології вагітності, антенатальної охорони плода. О.І. Виницький був автором близько 70 наукових і навчально-методичних праць. Помер 5 листопада 1997 р. на 49 році життя.

3 вересня – 75 років від дня народження **Світлани Василівни Стеценко**. У 1965 р. закінчила Київський медичний інститут. У 1988 р. захистила докторську дисертацію на тему: “Морфогенез бронхиальных, альвеолярных и сосудистых структур легкого человека”. Від 1991 р. працювала на посаді професора кафедри нормально анатомії КМІ. У 1993 р. отримала вчене звання професора.

С.В. Стеценко є автором понад 100 наукових робіт, в т.ч. 7 навчальних посібників, 2 винаходів. Наукові дослідження присвячені проблемі розвитку і будови структури легень на різних рівнях.

9 вересня – 110 років від дня народження **Теодора-Богдана Дзюбановського**. Народився на Тернопільщині. Середню освіту здобув в Українській гімназії у Тернополі. Медицину вивчав у Краківському університеті, який закінчив у 1935 р. Практику проходив у Тернополі. Приватну лікарську практику проходив у Тернополі. Був лікарем 1-ї української дивізії УНА. Після звільнення з полону у 1946 р. працював лікарем при УНРРА-ІРО у французькій зоні. У 1949 р. емігрував у Канаду. Склав нострифікаційні іспити у 1951 р. Відкрив приватну лікарську практику у Віндзорі і працював до 1984 р. Активний учасник канадських медичних товариств.

13 вересня – 55 років від дня народження **Ярослава Володимировича Заблоцького**. Народився в м.Сокаль Львівської області. У 1984 р. закінчив стоматологічний факультет Львівського медичного інституту. У 1984-1986 рр. був клінічним ординатором; у 1986-1987 рр. – молодший науковий співробітник, у 1987-1994 рр. – асистент кафедри ортопедичної стоматології. У 1991 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Підвищення біологічної індиферентності знімних зубних протезів із акрилових пластмас”. У 1994-2007 рр. – працював доцентом кафедри. У 2006 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Клінічне обґрунтування лікування незнімними ортопедичними конструкціями із залученням імплантантів”. В 2007 р. отримав вчене звання доктора медичних наук. Від 2007 р. – професор кафедри ортопедичної стоматології. Я.В. Заблоцький є автором понад 110 наукових праць, в т.ч. 6 патентів на

винаходи. Основні наукові роботи присвячені проблемі удосконалення зубного протезування, анестезії щелепно-лицевої ділянки.

21 вересня – 110 років від дня народження **Ростислава Всеволодовича Чаговця**, племінника Василя Юрійовича Чаговця. Народився в Києві. У 1925 р. закінчив Київський інститут народної освіти. У 1932-1950 рр. – працював на кафедрі біохімії Київського медичного інституту, водночас від 1933 р. – в Інституті біохімії АН УРСР (в 1948-1976 рр. – завідувач відділу біохімії вітамінів). У 1966-1972 рр. – академік-секретар Відділення біохімії, біофізики та фізіології АН УРСР. Основні наукові роботи присвячені експериментальній вітамініотерапії, біохімії вітаміновмісних коферментів, біохімії м'язів. Запропонував метод визначення окиснювально-відновних властивостей за допомогою поляризованих електродів. Вивчав взаємообумовленість м'язової роботи, умов відпочинку та тренування. Розробив наукові основи раціонального харчування спортсменів та контролю за тренуванням. Встановив вплив на обмін вітамінів наркотиків та транквілізаторів. Довів, що великі дози вітамінів змінюють метаболізм, чим обумовлений їх терапевтичний ефект. Помер 11 вересня 1982 р., проживши майже 78 років.

21 вересня – 85 років від дня народження **Марії Никонівни Вознюк**. Народилася в м. Берестечко Волинської області. У 1953 р. закінчила природничий факультет Львівського педагогічного інституту. у 1953-1961 рр. – асистент кафедри зоології Львівського педагогічного інституту; у 1961-1963 рр. – асистент кафедри зоології; у 1963-1967 рр. – старший лаборант кафедри фізіології людини і тварин; у 1967-1996 рр. – завідувач, в 1997-2003 рр. – інженер Зоологічного музею Львівського університету. Автор близько 20 наукових праць. Померла 5 листопада 2003 р. на 75 році життя.

24 вересня – 45 років від дня народження **Любомира Домашевського**. Народився в м. Чикаго (США). Вищі студії з біології та хімії пройшов в Іллінойському університеті. Закінчив Іллінойський університет і в 1990 р. був прийнятий на навчання в Медичну школу ім. Лойоли. У 1994 р. одержав диплом доктора медицини. Проходив хірургічну резидентуру у званні капітана на Гаваях. Спеціалізується в галузі травматичної хірургії.

25 вересня – 175 років від дня народження **Карла-Георгія-Еміля Георгійовича Гейбеля**. У 1861 р. закінчив медичний факультет Дерптського університету. У 1865 р. захистив дисертацію на тему: “О всасывании иодистого калия различными органами”. У 1865 р. отримав вчене звання професора і став завідувачем кафедри фармакології медичного факультету Київського університету. На цій посаді пропрацював до 1868 р. Знову повернувся на цю посаду в 1877 р. і пропрацював до 1897 р., майже одночасно, у 1889-1897 рр. був деканом медичного факультету Київського університету. Наукові роботи присвячені вивченню розподілу речовин в органах. Читав курс фармакології, загальної терапії, історію медицини. Подальша доля невідома.

26 вересня – 90 років від дня народження **Захара Семеновича Василенка**. У 1950 р. закінчив Київський стоматологічний інститут. У 1977 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Функциональные и морфологические изменения в рецепторном аппарате слизистой оболочки рта под влиянием съемных протезов”. У 1981 р. отримав вчене звання професора. У 1961-1988 рр. працював головним стоматологом МОЗ УРСР; у 1982-1990 рр. був завідувачем кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології та ортопедії.

З.С. Василенко був автором понад 70 наукових праць, присвячених проблемі адаптації людини до змінних і незмінних протезів, апаратів у різні вікові періоди. Розробив і впровадив у практику методи лікування і профілактики протезних стоматопатій. Учасник ВВВ, нагороджений орденами і медалями СРСР.

28 вересня – 95 років від дня народження **Романа-Яреми Кравчука**. Народився на Львівщині. У 1938 р. отримав середню освіту. У 1943 р. вступив до Української дивізії “Галичина”. Після капітуляції Німеччини потрапив в англійський полон. У 1946 р. повернувся в

Мюнхен. Навчався медицині і закінчив навчання у 1958 р. в університеті імені Людвіка Максиміліяна. У 1959 р. емігрував у США. Проходив інтершип і резидентуру, працював лікарем-гінекологом. У 1963 р. розпочав приватну лікарську практику в Ньюарку. Був активним членом і головою УЛТПА. У 1992 р. вийшов на пенсію. Помер 23 серпня 1993 р. на 74 році життя.

29 вересня – 120 років від дня народження **Анатолія Петровича Лаврова**. Народився в с. Спаскоє, Росія. У 1916 р. закінчив медичний факультет Ростовського-на Дону медичного інституту. У 1917-1918 рр. працював військовим лікарем, у 1918-1927 рр. – ординатором дерматовенерологічної клініки м. Ростов-на Дону; у 1937-1932 рр. консультант курорту Сочі-Мацеста; у 1932-1936 рр. – завідувач кафедри дерматовенерології Туркменського медінституту, за сумісництвом – директор Туркменського дерматовенерологічного інституту; в 1936-1940 рр. – завідувач дерматовенерологічної клініки м. Сочі. У 1941-1944 р. – завідувач відділу військового госпіталю в Москві, у 1944-1947 рр. – головний дерматовенеролог МОЗ РРФСР, за сумісництвом – консультант дерматовенеролог міської поліклініки м. Москви (1944-1948).

У 1946 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Лечение заболеваний кожи на курорте Сочи-Мацеста”. У 1947 р. йому присвоєно вчене звання професора, у 1948 р. – вчений ступінь доктора медичних наук. У 1948-1949 рр. – завідувач кафедри дерматовенерології Львівського медичного інституту. У 1949 р. виїхав до Києва. А.П. Лавров був автором близько 60 наукових робіт. Наукові дослідження присвячені проблемам боротьби із шкірними захворюваннями в Туркменистані, лікування сифілісу, використання фізіотерапевтичних засобів для лікування дерматозів.

29 вересня – 90 років від дня народження **Сергія Йосиповича Криштаба**. У 1953 р. закінчив Київський стоматологічний інститут. У 1968 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Материалы к патогенезу и диагностике деформаций нижней челюсти”. У 1964 р. отримав вчений ступінь доктора медичних наук. У 1969-1984 рр. працював завідувачем кафедри ортопедичної стоматології. У 1971 р. отримав вчене звання професора. С.Й. Криштаб був автором понад 100 наукових праць, в т.ч. 1 підручника та 5 монографій. Займався проблемами розробки і впровадження суцільнолитих протезів з металокераміки, внутрішньокісткової імплантації зубів. Помер 17 вересня 1984 р. проживши майже 60 років.

29 вересня – 45 років від дня народження **Ростислава Миколайовича Ступницького**. Народився в с. Держів Львівської області. У 1991 р. закінчив стоматологічний факультет Львівського медичного інституту. у 1991-1996 рр. працював лікарем-стоматологом Львівської обласної стоматологічної поліклініки; у 1996-2001 р. – асистент кафедри ортопедичної стоматології. У 1998 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Клінічні та технологічні аспекти лікування хворих бюгельними протезами на замкових кріпленнях”. Від 2001 р. працює на посаді доцента. Від 2004 р. – декан стоматологічного факультету. У 2009 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Клініко-експериментальне обґрунтування ортопедичного лікування хворих із частковою втратою зубів залежно від стану тканин протезного ложа”. Р.М Ступницький є автором близько 180 наукових праць, в т.ч. 3 посібників, 9 патентів.

Основні наукові дослідження присвячені комплексному лікуванню хворих із частковою втратою зубів.

30 вересня – 85 років від дня народження **Володимира Івановича Любинця**. Народився в с. Чернів Івано-Франківської області. У 1954 р. закінчив лікувальний факультет Львівського медичного інституту. У 1954-1956 рр. – клінічний ординатор кафедри оториноларингології Львівського медичного інституту; у 1956-1959 рр. – лікар-отоларинголог Ново-Милятинської РЛ Львівської області; у 1959-1970 рр. – лікар-отоларинголог, бронхолог Львівської обласної туберкульозної лікарні. У 1965 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Болезни трахеи и бронхов у больных туберкулёзом легких”. У 1967-1987 рр. – асистент кафедри фтизіатрії та

пульмонології, за сумісництвом у 1985-1987 рр. – заступник декана педіатричного факультету, у 1987-1988 рр. – доцент кафедри, у 1988 р. – завідувач кафедри, у 1988-1993 рр. – доцент, завідувач курсу з підвищення кваліфікації лікарів, у 1993-1999 рр. – доцент кафедри. В.І. Любінець є автором понад 80 наукових та науково-методичних праць. Наукові дослідження присвячені проблемам патології трахеї та бронхів у хворих на туберкульоз.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пирогова В. Винницький Олег Іванович / В. Пирогова, С. Різничок // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 45.
2. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Стеценко Світлана Василівна]. – С. 233.
3. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Дзюбановський Теодор-Богдан]. – С. 102-103.
4. Макеєв В. Заблоцький Ярослав Володимирович / В. Макеєв, О. Луцик // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 117.
5. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Чаговец Ростислав Всеволодович]. – С. 683.
6. Шидловський І. Вознюк Марія Никонівна / І. Шидловський // Encyclopedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. – Т.1: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 298.
7. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: бібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Домашевський Любомир]. – С. 107-108.
8. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Гейбель Карл-Георгій-Емілій Георгійович]. – С. 55.
9. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Василенко Захар Семенович]. – С. 38.
10. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: бібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Кравчук Роман-Ярема]. – С. 158.
11. Надрага О. Лавров Анатолій Петрович / О. Надрага // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 179.
12. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Криштаб Сергій Йосипович]. – С. 124.
13. Макеєв В. Ступницький Ростислав Миколайович // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 315.
14. Телішевська М. Любінець Володимир Іванович / М. Телішевська // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 196.

Ю.М. ПАНИШКО,

В.В. ТАРАСОВ, А.Л. ВАСИЛЬЧУК

ОМЕЛЯН ОЛЕКСАНДРОВИЧ СТОЦЬКИЙ

До 120-річчя від дня народження



Омелян Олександрович Стоцький народився 15 серпня 1894 р. в с. Богутин Золочівського р-ну Львівської області в сім'ї священика. Навчався у Львівській гімназії, яку закінчив у 1915 р. Під час Першої світової війни був мобілізований до війська, воював, але попав в італійський полон (1916-1919). Після повернення на батьківщину у 1920-1924 рр. працював на фірмі "Сільва паяна" Бориславського нафтового товариства "Нафта" і вступив до Бориславської крайової гірничо-вертничої школи. У 1926-1927 рр. – оператор газолінового заводу "Нафта". У 1927-1932 рр. студент гуманітарного факультету Львівського університету. У 1933 р. – магістр німецької філософії. У 1932-1934 рр. – вчитель німецької мови в державній школі Станіславова. У 1934 р. – вчитель німецької мови гімназії ім. Ст. Конарського в Ряшеві (нині Жешув). У 1940-1942 рр. працював в ряшівському машинописному бюро, в 1942-1944 рр. – у Львівському машинописному бюро. Від 1944 р. жив в Австрії, працював лаборантом приватної молочної. В червні 1945 р. повернувся до Борислава. Від 8 серпня 1945 р. до 22 січня 1949 р. працював на різних посадах газолінового заводу №10 тресту "Укргаз" у Східниці. З травня 1949 р. і до 1956 р. працював на 5 нафтопромислі тресту "Бориславнафта" на різних посадах. Далі була пенсія і спроба знайти себе в подальшому житті. Навесні 1956 р. випадково натрапив на джерельце, з якого витікала вода із запахом сірководню. Постало питання: чи часом це є східницька "Нафтуса"? Лабораторні аналізи Бориславського нафтогазового управління підтвердили припущення Омеляна Олександровича.

Далі почалася тяжка боротьба з чиновниками різних рангів за визнання східницьких джерел мінеральними водами. Трускавецька центральна лабораторія не спішила визнавати наявність цінних мінеральних вод. У 1965 р. до Східниці приїхали фахівці з Одеського НДІ курортології та фізіотерапії і взяли проби води. У цьому році прийшла негативна відповідь з Москви. Але така відповідь високої інстанції (МОЗ УРСР) не зламала віри Омеляна Стоцького в правоті своєї справи. Він ходив в горах, блукав берегами річки Східничанки, набирав в пляшечки воду і приносив в хімічний кабінет Східницької СШ №2 до Михайла Гамули, вчителя хімії. Результати аналізів обнадійливі. Сам Омелян Стоцький вчився: читав хімію, геологію, курортологію.

Підключилася громадськість: вчителі школи, лікарі Східницької лікарні, спеціалісти нафтопромислу, обласна преса. У МОЗ УРСР надіслали листа.

У 1966 р. головний лікар Східницької лікарні Степан Дуда першим зважився на клінічний експеримент: хворі почали пити воду, здоров'я покращувалось. Переломною віхою в долі Східницьких джерел стала колегія МОЗ УРСР, на якій О. Стоцький, С. Дуда, кореспондент

газети “Вільна Україна” Євгенія Божик захистили східницьку воду. 13 жовтня 1966 р. колегія МОЗ УРСР доручила вивчення мінеральних вод Східниці Львівському медичному інституту, Чернівецькому медичному інституту, Львівському НДІ епідеміології і мікробіології. З’явилися перші перемоги: 8 лютого 1968 р. комісія ЛДМІ за участю представників Одеського НДІ курортології та фізіотерапії подала висновки про придатність східницької мінеральних вод для лікування низки урологічних недуг та захворювань шлунково-кишкового тракту. Далі з’явилися реабілітаційні відділення в лікарні, будувалися пансіонати, досліджувалися мінеральні джерела. В липні 1973 р. отримано позитивний висновок. 9 січня 1976 р. Постановою Ради Міністрів СРСР Східниця отримала статус Всесоюзного курорту. Диплом першовідкривача східницьких джерел (n=38) за № 1101 від 3 листопада 1977 р. Міністерство геології СРСР видало Омеляну Олександровичу Стоцькому. Йому виповнилося тоді 83 роки.

10 січня 1979 р. Омеляна Олександровича Стоцького не стало.

У 1998 р. Східниця святкувала 30-річний ювілей з дня офіційного визнання східницьких мінеральних вод. 15 жовтня 2000 р. на території санаторію “Карпати” відбулося урочисте відкриття меморіальної кімнати-музею першовідкривача східницьких мінеральних вод Омеляна Стоцького.



До 100-річчя з дня народження О.О. Стоцького біля бювету у Східниці був встановлений пам’ятник першовідкривачу східницької “Нафтусі” роботи Львівського митця – заслуженого діяча мистецтв України Василя Павловича Одрехівського.

З нагоди 110-річчя від дня народження О.О. Стоцького гірський курорт Східниця дістав назву “Бальнеологічний курорт імені Омеляна Стоцького”.

ЛІТЕРАТУРА

1. БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.25: Струнино-Тихорецк. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1976. – 600 с. – Из содерж.: [Сходниця]. – С. 123.
2. Курорты. Энциклопедический словарь / гл. ред. Е.И. Чазов. – М.: Советская энциклопедия, 1983. – 592 с. – Из содерж.: [Сходниця (Свидниця)]. – С. 331.
3. УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.11: Стодола-Фітогеографія. – Київ: УРЕ, 1984. – 608 с. – Зі змісту: [Східниця]. – с. 90.
4. Базар М. Східниця: краєзнавчий нарис / М. Базар. – Дрогобич: Коло, 2004. – С. 31-33.
5. Стоцька Ганна. Цілющі води Східниці / Ганна Стоцька. – 4-е вид., доп. – Львів: Афіша, 2008. – 50 с.
6. Платонов В. Східницька “Нафтуса”. Історія відкриття Омеляна Стоцького / В. Платонов // Світогляд.- 2009. – №4. – С. 53-59.
7. Дедишина Л. Зустрінь схід Сонця у Східниці / Л. Дедишина // Фармацевт. Практик. – 2012. – №1.

Ю.М.ПАНИШКО, М.Ю, ШАЛАПСЬКА
ВОЛОДИМИР СЕРГІЙОВИЧ ЗЕМСКОВ

До 75-річчя від дня народження



Володимир Сергійович Земсков народився 9 вересня 1939 р. в м. Нижній Новгород в сім'ї інженера і лікаря-педіатра. Через 2 роки почалася німецько-радянська війна і дитинство пройшло під знаком цього випробування. Після війни сім'я переїхала в Україну і брала участь в післявоєнній відбудові республіки, яка стала для Володі Земскова Батьківщиною.

В медінститут вступив інтуїтивно, але на I курсі зрозумів, що вибір правильний. Вибрав хірургічний гурток. Експериментальні операції робив на собаках. Вчитися в медінституті подобалося і цей принцип “постійного навчання” В.С. Земсков проніс через все своє життя.

Щоб не “розстерилізуватися” в операційній потрібно було сидіти по 18-20 год., очікуючи чергових пацієнтів. На шостому курсі він був єдиним студентом, котрий за 6 місяців сам виконав 106 операцій.

Після закінчення Луганського медичного інституту В.С. Земсков був призначений завідувачем здоров'я шахти “Україна” м. Парткомунна, працював хірургом-онкологом в Комунарському міському онкологічному диспансері, де під керівництвом онколога П.Г. Кравцова став хірургом-онкологом I категорії та надрукував декілька статей в хірургічних журналах країни. У 1969 р. В.С. Земсков поступив в аспірантуру Київського НД рентгено-радіологічного і онкологічного інституту, де під керівництвом видатного онколога І.Т. Шевченка досліджував особливості виникнення, перебігу та лікування меланоми шкіри. Захистив кандидатську дисертацію на тему: “Комплексная диагностика злокачественных меланом кожи” (1972). Від 1972 р. почав працювати молодшим науковим співробітником Інституту клінічної та експериментальної хірургії (нині – Національний інститут хірургії і трансплантології імені О.О. Шалімова). У 1972-1979 рр. в Київському НДІ клінічної і експериментальної хірургії під керівництвом акад. О.О. Шалімова розпрацював проблему виникнення перебігу та лікування гострого панкреонекрозу. У 1981 р. В.С. Земсков захистив докторську дисертацію на тему: “Хирургическое лечение острого панкреатита и его осложнений”. Від 1981 р. він працював в Київському медичному інституті: завідувачем кафедри хірургії педіатричного факультету (1980-1982), загальної хірургії (з 1982 р.). Від 1982 р. проф. В.С. Земсков керував Київським центром лікування захворювань печінки, жовчних шляхів і підшлункової залози, в якому виконано понад 37000 операцій, проведені консультації та консервативне лікування понад 330000 пацієнтів. Нові методи діагностики, консервативного та хірургічного лікування хворих знайшли своє відображення у 125 авторських свідоцтвах та патентах. У 1983 р. В.С. Земсков отримав вчене звання професора та продовжив працювати над удосконаленням методів лікування злоякісних пухлин печінки та підшлункової залози, застосував методи кріохірургії в клінічній онкології. Результати роботи високо оцінені в країні та за кордоном. В 1985 р. йому присуджена Державна премія СРСР.

Значне місце в роботі центру займала розробка нових методик та удосконалення різних способів детоксикації (гемо- і плазмасорбції, ентеросорбції, застосування штучної печінки). Особливе місце у роботі займала пластична реконструктивна та естетична хірургія. Перші дослідження прямої трансплантації та закриття дефектів на стопі у хворих злоякісною меланомою проведені у 1970 р. З часом В.С. Земсков створив Асоціацію пластичних хірургів України, був

віце-президентом асоціації “Інтерфал”, брав участь у впровадженні українського біогеля в пластичну хірургію.

В С. Земсков створив Міжнародну громадську холдингову компанію “Клініка Земскова” і очолив цю організацію.

У 1988 р. він отримав почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки УРСР”. За наукові розробки 1991-1994 рр. був нагороджений “Орденом Гідності” (Європарламент), медаллю Альберта Швейцера (Австрійське медичне товариство), орденом Бельгійсько-Іспанської корони (Бельгія).

В.С. Земсков був членом Товариства милосердя Євросоюзу, членом медичних товариств Австрії, Бельгії, Росії.

У 1995 р. вчений був обраний академіком Всесвітньої Римської академії “Г. Марконі”. Був членом Міжнародного товариства хірургів, членом Міжнародної асоціації патології жовчовивідних протоків та підшлункової залози.

В.С. Земсков створив школу хірургів: серед його учнів 16 докторів та 42 кандидатів наук. Вчений був автором понад 550 наукових робіт, в т.ч. 5 монографій.

21 лютого 2002 р. його серце зупинилося. Інфаркт міокарду виявився безжальним. Доля відпустила йому лише 62 роки 5 місяців 12 днів.

Світла пам’ять про видатну Людину – Володимира Сергійовича Земскова залишається з нами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вакулик Л. Володимир Земсков: кожному хворому я намагаюся дати шанс на одужання / Л. Вакулик // Ваше здоров’я. – 1999. – №64 (448). – 10 вересня. – С. 5.
2. Владимир Сергеевич Земсков. К 60-летию со дня рождения // Клінічна хірургія. – 1999. – №9. – С. 52-53.
3. Пилипенко Л. Академік Земсков, ми запам’ятали Вас життєлюбом / Л. Пилипенко // Ваше здоров’я. – 2002. – №8 (634). – 1 березня. – С. 4.
4. Памяти Владимира Сергеевича Земскова. In commemoration of Vladimir Sergeevich Zemskov // Клінічна хірургія. – 2002. – №10. – С. 64.
5. Ковальська І. Незамінні люди є. Таким був Володимир Земсков / І. Ковальська // Ваше здоров’я. – 2003. – №7. – 21-27 лютого. – С. 5.
6. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Земсков Володимир Сергійович]. – С. 93-94.
7. Бобров О.Е. Вспоминая Учителя / О.Е. Бобров // Новости медицины и фармации. – 2007. – №3 (207). – С. 21.
8. Бобров О.Е. Реквием Учителю / О.Е. Бобров // Клінічна хірургія. – 2009. – №7-8. – С. 4.

Хроніка вересня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

1 вересня – 120 років від дня народження **Віктора Збігнева Тиховскі**, польського фізіолога. Народився в м. Борщів Тернопільської області. У 1951 р. закінчив медичний факультет Львівського університету. У 1921-1922 рр. – працював демонстратором кафедри фізіології. У 1923-1924 рр. стажувався в Кембриджі, Оксфорді, Лондоні. У 1924-1930 рр. працював асистентом кафедри, у 1930-1932 рр. – доцент кафедри; у 1932-1937 рр. – завідувач кафедри / інституту фізіології Львівського університету, за сумісництвом – викладач фізіології і біохімії Львівської політехніки, Львівської академії ветеринарної медицини, доцент стоматології Львівського університету / медичного інституту (1938-1941). Подальша доля невідома. Наукові дослідження присвячені проблемам нейрофізіології, нейропсихології, біофізики вищої нервової діяльності, геронтології та геріатрії.

1 вересня – 110 років від дня народження **Дмитра Андрійовича Бірюкова**, російського фізіолога. Народився в Новочеркаську. У 1927 р. закінчив Ростовський-на-Дону університет. Від 1928 р. працював в Інституті фізіології АН СРСР у І.П. Павлова. Від 1935 р. очолював кафедру фізіології в вузах Ростова-на-Дону, Воронежа, Москви, Ленінграду. У 1944-1949 рр. працював директором Воронежського медичного інституту, від 1950 р. – завідувач відділу порівняльної фізіології і патології та директор Інституту експериментальної медицини АМН СРСР. Наукові дослідження присвячені порівняльній фізіології і анатомії вищої нервової діяльності. У 1943 р. встановив наявність барорецептивів у твердій мозковій оболонці. Д.А. Бірюков створив новий науковий напрямок – екологічна фізіологія нервової діяльності. Автор праць із філософських та методологічних проблем фізіології та медицини. Був головним редактором (від 1950 р.) “Физиологического журнала СССР им. И.М. Сеченова”. Від 1962 р. – академік АМН СРСР, почесний член Чехословацького медичного товариства ім. Я. Пуркіне (від 1962 р.), почесний доктор Карлова університету в Празі (від 1957 р.). Помер 8 січня 1969 р. на 65 році життя.

3 вересня – 145 років від дня народження **Фріца Прегля**, австрійського хіміка-аналітика та фізіолога. Народився в Лайбаху. У 1894 р. закінчив медичний факультет університету в Граці. У 1894-1910 рр. працював на кафедрі фізіології і мав практику лікаря-офтальмолога, але під впливом З.Х. Скраупа захопився хімією і почав її вивчати. У 1904 р. стажувався в Німеччині в Тюбінгенському, Лейпцигському (у В.Ф. Оствальда), у Берлінському (у Е.Г. Фішера) університетах. У 1910-1913 рр. – професор медичної хімії в Інсбрукському університеті, від 1913 р. – знову в університеті Граца. Наукові роботи присвячені розробці мікроаналізу органічних речовин. У 1911 р. розробив методи мікроаналізу органічних речовин, які забезпечують точність визначення вуглецю, азоту, сірки, галогенів в об’ємі до 7-10 мг. У 1913 р. вдалося зменшити кількість аналізуючої речовини до 1-3 мг. Створив першу модель мікрохімічних терезів з чутливістю до мільйонних долей граму.

У 1923 р. отримав Нобелівську премію з хімії “за винахід методу мікроаналізу органічних речовин”.

Помер 13 грудня 1930 р. на 62 році життя.

3 вересня – 115 років від дня народження **Френка Макфарлейна Бернета**, австралійського імунолога і вірусолога. Народився в Траралеоні. У 1923 р. закінчив Мельбурзький університет. Від 1923 р. працював в Інституті медичних досліджень Уолтера та Елізи Холл в Мельбурні (в 1925-1931 рр. та 1934-1944 рр. – заступник директора, в 1944 – 1965 рр. – директор). Одночасно в 1944-1965 рр. – професор експериментальної медицини

Мельнбурзького університету (від 1965 р. – заслужений професор). Наукові дослідження присвячені проблемам імунітету проти вірусних захворювань. Вивчав екологію вірусів, механізми їх розмноження, явище бактеріофагії. Вперше ідентифікував і вивчив збудника кулихоманки. У 1933 р. запропонував метод культивування вірусів у кур'ячих ембріонах. Один із творців (1959-1964) клонально-селекційної теорії імунітету.

У 1960 р. Ф. Бернет разом із П. Медавара отримав Нобелівську премію з фізіології і медицини “за відкриття набутої імунологічної толерантності”.

У 1965 р. він пішов у відставку, але продовжував дослідження з проблем старіння та аутоімунних захворювань. За життя Ф. Бернет був удостоєний багатьох наукових нагород в 1951 р. йому присвоїли дворянський титул. Помер 31 серпня 1985 р., проживши майже 86 років.

5 вересня – 185 років від дня народження **Вільяма Одлінга**, англійського хіміка. Народився в Саутурку. У 1846-1850 рр. навчався медицині в Лондоні. У 1850 р. стажувався з хімії у Ш. Ф. Жерара в Парижі. Від 1850 р. член Лондонського Королівського товариства. Від 1868 р. – професор Королівського інституту, від 1872 р. – професор Оксфордського університету. Наукові роботи присвячені теоретичній хімії. Відомий важливий внесок в підготовку теорії валентності. Розпрацював проблему систематизації хімічних елементів, склавши в 1867-1868 рр. декілька таблиць. Серед них цікавість представляє таблиця 1868 р., в якій елементи розташовані у порядку зростання їх атомних мас. Цю таблицю аналізував Д.І. Менделєєв. Помер 17 лютого 1921 р. на 92 році життя.

6 вересня – 75 років від дня народження **Судзумі Тонегави**, японського молекулярного біолога. У 1959 р. вступив на хімічний факультет університету Кіото, після закінчення якого вирішив зайнятися біологією. За сприяння доктора Такаші Юра із лабораторії Ватанабе, Судзумі був зарахований на біологічний факультет Каліфорнійського університету в Сан-Дієго. У 1978 р. отримав ступінь доктора з молекулярної біології. У 1979 р. закінчилася робота в США (візові терміни) і за рекомендацією свого вчителя проф. Дульбекко почав працювати в Базельському інституті. Працюючи до 1981 р. в Базелі вирішив здійснити новий науковий проект – працювати в Центрі ракових досліджень Массачусетського технологічного інституту. Вдалося відкрити новий рецептор Т-клітин. Якщо функція Т-клітин із цим рецептором доти була невідомою, то завдяки роботі Тонегави доведено їх участь в імунному процесі.

У 1987 р. С. Тонегава отримав Нобелівську премію з фізіології та медицини “за дослідження ролі соматичної перекласифікації в активізації перекласифікованих антигінена”.

Нагороджений багатьма преміями різних наукових установ, університетів, товариств.

7 вересня – 185 років від дня народження **Фрідріха Августа Кекуле**, німецького хіміка-органіка. Народився в Дармштадті. У 1852 р. закінчив Гісенський університет. Слухав лекції Ж.Б. А.Дюма, Ш.А. Вюрца, Ш.Ф. Шерера в Парижі. У 1856-1858 рр. був викладачем Гейдельберзького університету, у 1858-1865 рр. – професор Гентського університету (Бельгія), від 1865 р. – професор Бонського університету (в 1877-1878 рр. – ректор). Наукові інтереси переважно домінують в галузі теоретичної органічної хімії та органічного синтезу. У 1854 р. отримав тіоцетову кислоту, в 1856 р. гліколеву кислоту. У 1857 р. висловив думку про валентність як ціле число одиниць спорідненості, яким володіє атом. Вказав на двовалентність сірки та кисню. У 1858 р. висунув положення про те, що конституція сполук обумовлена валентністю. У 1858 р. вперше показав, що число атомів водню, зв'язаних з атомами вуглецю дорівнює $2n + 2$. У 1865 р. запропонував циклічну структурну формулу бензолу. Здійснив (1864) цикл перетворень кислот: яблучно-бромбурштинова – оптично неактивна яблучна. Синтезував у 1872 р. трифенілметан, а у 1878 р. – антрахінон. Був президентом Німецького хімічного товариства (1878, 1886, 1891). Один із організаторів I Міжнародного конгресу хіміків у Карлсруе (1860). Помер 13 липня 1896 р. на 67 році життя.

9 вересня – 115 років від дня народження **Олександра Миколайовича Несмеянова**, російського хіміка. Народився в Москві. У 1922 р. закінчив Московський університет, де і почав працювати: від 1935 р. – професор, у 1948-1951 рр. – ректор. Одночасно в 1930-1934 рр. працював у НДІ добрив і інсектофунгіцидів, у 1939-1954 рр. – директор Інституту органічної хімії АН СРСР; від 1954 р. – директор Інституту елементоорганічних сполук АН СРСР. У 1943 р. обраний академіком АН СРСР, в 1946-1948 рр. – академік-секретар Відділення загальної і технічної хімії АН СРСР, у 1951-1961 рр. – президент АН СРСР; в 1961-1975 рр. – академік-секретар Відділення загальної і технічної хімії АН СРСР. У 1947-1961 рр. – Голова комітету із Ленінських і Державних премій СРСР в галузі науки і техніки. Дослідження вченого стосуються хімії металоорганічних сполук. Разом з К.А. Кочетковим застосував діазометод (1935-1948) для отримання органічних сполук олова, свинцю, сурми. У 1945 р. сформулював закономірності зв'язку між положенням металу в періодичній системі та здатністю до утворень органічних сполук. Досліджував геометричну ізомерію етиленових металоорганічних сполук. Разом із співробітниками виконав низку робіт в галузі хлорвініл кетонів. Виконав роботи з фосфорорганічних, фторорганічних, магнійорганічних сполук. Відкрив явище (1960) металотропії. Заклав основи (1962) нового напрямку досліджень – створення синтетичних харчових продуктів.

О. М. Несмеянов був відзначений багатьма нагородами: Державна премія СРСР (1943), Ленінська премія (1968), Герой Соціалістичної праці (1969, 1979). Вчений був членом багатьох академій та наукових товариств, нагороджений Золотою медаллю ім. М.В. Ломоносова АН СРСР (1962). Помер 17 січня 1980 р. на 81 році життя. Інституту елементоорганічних сполук АН СРСР присвоєно (1980) ім'я Несмеянова.

10 вересня – 390 років від дня народження **Томаса Сіденгама**, англійського лікаря. Вивчав медицину в Оксфорді, потім у Франції в Монпельє. Звання доктора медицини отримав лише у 52 роки. Був практичним лікарем у Лондоні. Головним завданням медицини вважав набування знань шляхом ретельного спостереження за хворим і вдосконалення на цій основі діагностики захворювань. З великою точністю описав клінічну картину багатьох хвороб: скарлатини, кору, віспи, кашлюку, ревматизму, істерії, гіпохондрії. Виділив подагру як самостійне захворювання. Запропонував кору хінного дерева як ефективний протималярійний засіб. Незважаючи на те, що Сіденгам не залишив по собі солідних творів і не створив наукової школи, його діяльність була плідною і здобула йому славу “англійського Гіппократа”. Помер 29 грудня 1689 р. на 66 році життя.

13 вересня – 160 років від дня народження **Наполеона Осиповича Цибульського**, польського фізіолога. Народився в Швеціані (тепер Литва). У 1880 р. закінчив Воєнно-медичну академію в Петербурзі. Працював там же під керівництвом І.Р. Гарханова (1946-1908). Від 1885 р. – професор фізіології Ягеллонського університету в Кракові, де організував фізіологічну лабораторію. Наукові роботи присвячені проблемам загальної фізіології та фізіології кровообігу. Розпрацював нові методи дослідження і створив прилади, що відзначали швидкість руху і масу крові і різних органах і судинах (гемотахометр). У 1880 р. одним із перших застосував внутрішньовенне вливання сольових розчинів. Досліджував вплив депресорного та блукаючого нервів на кровообіг. Разом із Л. Шимановичем відкрив (1894) фізіологічну дію екстрактів наднирників. Вивчав природу нервового збудження і гіпнозу. Автор підручника “Фізіологія медицини” (1896) польською мовою. Помер 26 квітня 1919 р. на 65 році життя.

13 вересня – 85 років від дня народження **Георгія Борисовича Елякова**, російського хіміка і біохіміка. Народився в Костромі. У 1952 р. закінчив Московський університет, в якому працював у 1952-1955 рр. У 1955-1959 рр. працював на підприємствах хімічної промисловості Москви. У 1962-1964 рр. – завідувач створеної ним лабораторії хімії природних фізіологічно-активних сполук Далекосхідного філіалу АН СРСР у Владивостоку. Від 1964 р. – директор

Інституту біологічно активних речовин АН СРСР у Владивостоку. Наукові роботи присвячені хімії гетероциклічних сполук. Вивчав рослини сімейства аралієвих (женьшень, акантопанакс та ін.), знайшов у них новий тип глікозидів. Розробив методи отримання синтетичних аналогів високоактивних глікозидів. Дослідив будову, біологічну активність і біосинтез тритерпенових глікозидів, що містяться в морських тваринах.

17 вересня – 140 років від дня народження **Станіслава Міхала Прогульські**, польського лікаря. Народився в м. Нови Сенч. У 1902 р. закінчив медичний факультет Львівського університету. У 1902-1904 рр. спеціалізувався з педіатрії в Берліні та Відні. У 1904-1914 рр. працював асистентом кафедри педіатрії Львівського університету, у 1914-1919 рр. – лікар діючої армії; у 1919-1922 рр. – асистент кафедри, у 1922-1938 рр. – доцент кафедри, у 1938-1941 рр. – професор кафедри педіатрії Львівського університету / медичного інституту. Наукові інтереси пов'язані з діагностикою та лікуванням різних захворювань у дітей. Автор близько 50 наукових праць, в т.ч. підручника. 4 липня 1941 р. розстріляний нацистами у Львові на 67 році життя.

18 вересня – 140 років від дня народження **Євгена Владиславовича Бірона**, російського фізикохіміка. У 1897 р. закінчив Петербурзький університет, в якому почав працювати асистентом. Від 1910 р. був професором Петербурзького лісного інституту, від 1917 р. – професор Томського технологічного інституту. наукові роботи присвячені вивченню взаємодії речовин в розчинах. Вивчав щільність бікомпонентних сумішей двох нормальних рідин. У 1910 р. запропонував формулу для визначення залежності розширення рідин від температури, більш точну, ніж відома формула Д.І. Менделєєва. У 1915 р. відкрив явище вторинної періодичності. У 1915-1917 рр. керував роботами із дослідження бойових отруйних речовин (БОР). Помер 16 серпня 1919 р. на 46 році життя.

24 вересня – 205 років від дня народження **Роберта Джона Кейна**, ірландського хіміка. Народився в Дубліні. У 1830 р. закінчив Дублінський університет. У 1931 р. вивчав фармацію в Парижі. У 1831-1834 рр. – професор “Ірландського аптекарського дому”. Від 1832 р. – член Королівської ірландської академії. В 1834-1844 рр. – лектор і професор Дублінського королівського товариства. Від 1844 р. – директор Музею економічної геології, одночасно до 1873 р. – президент Королівського коледжу в Корке. Від 1849 р. – член Лондонського Королівського товариства. Наукові роботи стосуються медичної, органічної та неорганічної хімії. Дослідив продукти перегонки деревини. У 1835 р. запропонував метод виділення метилового спирту із деревинної смоли за допомогою хлориду кальцію. Здійснив у 1837 р. дослідження амонійних солей ртуті, міді, цинку та інших металів, які принесли йому популярність. Визначав склад сечі та крові людини при різних патологічних станах. У 1831 р. заснував і був редактором першого ірландського видання “Дублінського журналу медицини і хімії”. Помер 16 лютого 1890 р. на 81 році життя.

26 вересня – 260 років від дня народження **Жозефа Луї Пруста**, французького хіміка. Народився в Анже. У 1777 р. закінчив Паризький університет. У 1777-1780 рр. викладав у семінарії Вергари (Іспанія), у 1780-1791 рр. читав лекції в Парижі, в 1791-1808 рр. – професор Артилерійського училища в Сеговії (Іспанія) та Мадридського університету. У 1808 р. повернувся до Франції, де продовжив дослідження. Основний напрямок досліджень – хімічний аналіз неорганічних сполук. У 1800 р. запропонував термін “гідрат”. Займався дослідженнями камфори, крохмалю, цукру. У 1797-1809 рр. досліджував склад різних оксидів металів, хлоридів, сульфідів, що стало основою для відкриття (1799-1806) закону сталості складу хімічних сполук. Цей закон став емпіричною базою хімічної атомістики, а потім – класичного атомно-молекулярного вчення. У 1802 р. виділив глюкозу з виноградного соку. Помер 5 липня 1826 р. на 72 році життя.

28 вересня – 225 років від дня народження **Річарда Брайта**, англійського лікаря. У 1808 р. він поступив на факультет мистецтв Единбурзького університету, але через 1 рік перевівся на медичний факультет. Далі була поїздка у Лондон. У 1813 р. Брайт повернувся в Единбург, де захистив докторську дисертацію. Вчений багато мандрував по Європі, знайомився з багатьма лікарями різних країн. У 1820 р. він був запрошений на посаду асистента в госпіталь Гая. Одночасно працював викладачем медичної школи. У 1827 р. Брайт описав невідому хворобу: гостру і хронічну форми: ураження нирок, олігурію, набряк обличчя, рук, ніг, суху шкіру, часті головні болі, відчуття важкості в попереку. Цей симптомокомплекс отримав назву Брайтової хвороби. Р. Брайт увійшов в медицину як один із основоположників нефрології. Він був особистим лікарем королеви Вікторії. Помер 16 грудня 1858 р. на 70 році життя.

30 вересня – 75 років від дня народження **Жана Марі П'єра Лена**, французького хіміка. Народився в Росемі. У 1960 р. закінчив Страсбурзький університет. Працював у Національному центрі наукових досліджень. У 1963 р.-1964 рр. стажувався в Гарвардському університеті в лабораторії Р.Б.Вудворда. У 1963-1979 рр. працював у Страсбурзькому університеті. Від 1970 р. – професор; від 1979 р. – професор Колеж де Франс. Наукові дослідження присвячені органічному синтезу та хімії комплексних сполук. У 1972-1978 рр. встановив наявність геометричної та енергетичної компліментарності як важливої закономірності утворення так званих супрамолекул – комплексів краун-ефірів не лише з катіонами, але й з аніонами та нейтральними молекулами. Розробив загальні методи синтезу полімакроциклічних краун-систем. Отримав краун-системи, що проявляють прото-АТФазну і протокіназну активність.

У 1987 р. Д. Крам, Ч. Педерсен та Жан-Марі П'єр Лен отримали Нобелівську премію з хімії “за дослідження та використання молекул із структурно специфічними взаємодіями високої вибірковості”.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гжегоцький М. Тиховські Віктор Збігнев / М. Гжегоцький // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 319-320.
2. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Бирюков Дмитрий Андреевич]. – С. 70-71.
3. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Прегль Фриц]. – С. 358.
4. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Бернет Франк]. – С.64-65.
5. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Одлинг Уильям]. – С. 327.
6. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Тонегав Судзумі.]. – С. 317-319.
7. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Кекуле Фридрих Август]. – С. 119-200.

8. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Несмеянов Александр Николаевич]. – С. 315-316.
9. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Сідентам (Сіденгем) Томас]. – С. 144-145.
10. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Цыбульский Наполеон (Никодим) Осипович]. – С. 682.
11. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Еляков Георгий Борисович]. – С. 161.
12. Надрага О. Прогульські Станіслав Міхал / О. Надрага, О. Луцик // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 274-275.
13. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Бирон Евгений Владиславович]. – С. 54.
14. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Кейн Роберт Джон]. – С. 199.
15. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Пруст Жозеф Луи]. – С. 362.
16. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Брайт Річард]. – С. 125-126.
17. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Лен Жан-Мари Пьер]. – С. 257.

**Ю.М. ПАНИШКО,
А.Л. ВАСИЛЬЧУК, Г.В. СЕМАК**

ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ ВИШНЕВСЬКИЙ
До 140-річчя від дня народження



Олександр Васильович Вишневський народився 4 вересня 1874 р. в дагестанському аулі Чир-Юрт, де знаходилася рота, якою командував його батько, Василь Васильович Вишневський. У 1894 р. О.В. Вишневський після закінчення Астраханської гімназії поступив на медичний факультет Казанського університету, який закінчив із відзнакою в 1899 р. Казанський університет був відомим навчальним закладом, який подарував світові видатних вчених (М.І. Лобачевський – математика, М.М. Зінін, О.М. Бутлеров – хімія, М.З. Ляпунов, М.О. Ковальський – астрономія, Л.М. Толстой, С.Т. Аксаков, М.О. Балакірев – література та мистецтво). В Казанському

університеті на О.В. Вишневського створили великий вплив фізіолог М.О. Міславський, гістолог О.В. Тимофеев, хірург В.І. Разумовський, невропатолог Л.О. Даркшевич.

Олександр Васильович обрав своєю спеціальністю хірургію і почав працювати позаштатним ординатором хірургічного відділення Казанської міської лікарні, одночасно захоплювався анатомічними дослідженнями. Звернув на себе увагу проф. О.М. Фортунатова, який запропонував його на посаду помічника прозектора, а через 1 рік – на посаду прозектора кафедри нормальної анатомії Казанського університету. Одночасно працював хірургом в різних установах.

Наукові дослідження О.В. Вишневський розпочав в лабораторії М.В. Міславського і готував докторську дисертацію на тему: “О периферической интервации прямой кишки”, яка була захищена у 1903 р. У 1908 р. в патологоанатомічному інституті Олександр Васильович виконав роботу “Простая перфорирующая язва мочевого пузыря”, в якій він пов’язує виникнення перфоративних виразок з трофічними розладами внаслідок ураження нервової системи. У 1909 р. він виїхав у відрядження в Європу. В Парижі працює в клініках Госсе, Тюффьє, Альбаррана і зустрівся з І.І. Мечніковим у Пастерівському інституті. Після повернення в Росію вчений організував нейрохірургічне відділення в клініці нервових хвороб Л.О. Даркшевича. Проведені нейрохірургічні операції з позитивними результатами привернули увагу керівництва медичного факультету і в 1912 р. О.В. Вишневський очолив кафедру хірургічної патології, а в 1914 р. обраний завідувачем госпітальної хірургічної клініки. Революцію 1917 р. вчений сприйняв без коливань, виконуючи обов’язки головного лікаря обласної лікарні.

У подальшому разом з іншими професорами брав участь у створенні Казанського інституту удосконалення лікарів. У 1926-1934 рр. вчений очолив факультетську хірургічну клініку в Казанському університеті. Уже в цей період О.В. Вишневський розпрацював оригінальні проблеми клінічної хірургії, місцеве знеболювання за методом повзучого інфільтрату, питання нервової трофіки, лікування запальних і гнійних процесів і ран.

У 1928 р. разом з відомим терапевтом Р.О. Лурія розпрацював диференціальну діагностику абсцесів легень і застосував хірургічне лікування. Вражає діапазон хірургічних втручань О.В. Вишневського: пластика уретри, дренаж сифон-манометр в хірургії жовчних шляхів. Перша в СРСР пульмонектомія з приводу пухлини легень (1937), перша кавернотомія при туберкульозі легень (1939), операції з приводу туберкульозного гоніту.

У 1928 р. О.В. Вишневський розробив і запропонував типові форми новокаїнової блокади: поперекова, футлярна, шийна або вагосимпатична, пресакральна, коротка. У 1934 р. йому було присвоєно звання “Заслужений діяч науки РРФСР”; він став керівником хірургічних клінік Всесоюзного інституту експериментальної медицини та Центрального інституту вдосконалення лікарів.

У 1942 р. О.В. Вишневському була присуджена Сталінська премія. У 1947 р. вчений був обраний дійсним членом АМН СРСР, його призначили директором Інституту клінічної та експериментальної хірургії АМН СРСР (нині Інститут хірургії ім. О.В. Вишневського РАМН). Найважливішим внеском О.В. Вишневського в хірургію є розробка місцевого знеболювання способом повзучого інфільтрату. Він створив учення про нервову трофіку у хірургічних хворих і запропонував методи патогенетичної терапії. Запропонував олійно-бальзамічну емульсію (дьюготь, ксероформ, касторову олію), що застосовується при лікуванні гнійно-запальних процесів. З ім'ям О.В. Вишневського пов'язаний метод дренажу жовчних шляхів, спосіб субсерозного видалення жовчного міхура, способи протезування жовчної протоки, метод хірургічного усунення залишкових плевральних порожнин при емпіємі.

О.В. Вишневський був нагороджений орденами і медалями СРСР. Помер 13 листопада 1948 р. на 75 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеев С.М. Профессор Александр Васильевич Вишневский (Некролог) / С.М. Алексеев // Хирургия. – 1949. – №3. – С.81.
2. Пшеничников В. Вишневский Александр Васильевич / В. Пшеничников // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.5: Везикула-Вулканизация. – 2-е изд. – М.: Госмедиздат, 1958. – С. 615-616.
3. Качков А.П. Вишневский Александр Васильевич / А.П. Качков // БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.5: Вешин-Газли. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1971. – С. 132.
4. Зак Ю. И. А.В. Вишневский, его жизнь и творчество / Ю.И. Зак, С.Ш. Харнас // Вестн хир. им. Грекова. – 1976. – Т. 116. – №2. – С. 145-150.
5. УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.2: Борокування-Гергелі. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1978. – 544 с. – Зі змісту: [Вишневський Олександр Васильович]. – С. 253.
6. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Вишневський Олександр Васильович]. – С. 164.
7. Серебренников А.Б. Научная деятельность профессора А.В. Вишневского / А.Б. Серебренников // Военно-медиц. журн. – 2002. – №8. – С. 75-77.
8. Зайцев Е.И. Александр Васильевич Вишневский (1874-1949) / Е.И. Зайцев // Вестник хирургии. – 2005. – Т. 164. – №2. – С. 14-16.

Ю.М. ПАНИШКО, Н.І. НОВИКОВА, В.В. ДЖУНЬ
АЛЕКСАНДЕР ФРІДРІХ ВІЛЬГЕЛЬМ ФОН ГУМБОЛЬДТ
До 245-річчя від дня народження



Александр фон Гумбольдт народився 14 вересня 1769 р. в Берліні в сім'ї прусського офіцера Олександра Георга та Марії Єлизавети фон Голведе другою дитиною після брата Вільгельма (1767-1835). Домашню освіту братам забезпечили відомі вчені: Кампе, Кунт, Енгель, Дом, Леффлер.

У 1787 р. Александр вступив до університету Франкфурта-на-Одері, де вивчав економіку та фінанси. Одночасно відвідував лекції з медицини, фізики, математики та історії стародавнього світу. У 1788 р. в Берліні вивчав грецьку мову, технологію і ботаніку. Навесні 1789 р. в Геттінгенському університеті вивчав класичну літературу, історію, природознавство, математику. Лекції читали відомі фахівці: Гейне, Блуменбах, Кестнер, Ліхтенберг, Ейхгорн. У Геттінгенському університеті А. Гумбольдт залишався до 1790 р. В березні 1790 р. вчений розпочав свою першу подорож за межі німецьких земель: в Англію і Францію, Нідерланди. Ця поїздка викликала бажання побачити світ. Далі був вступ до торговельної академії в Гамбурзі, де А. Гумбольдт вивчав нові мови, комерцію, одночасно займаючись ботанікою та мінералогією. Результатом цих занять була поява декількох робіт з ботаніки, серед яких – відкриття прискорювальної дії хлору на проростання насіння. Жага до нових знань приводить А. Гумбольдта до Фрейберзької гірничої академії, де геологію викладав А. Вернер. У Єні вивчав порівняльну анатомію у Ю.Лодера (1753-1832). Ф. Зах та Й. Келлер представили йому основи астрономії і навчили користуватися науковими приладами. А. Гумбольдт навчався також в Торговельній академії Бюсе. У 1790 р. виходить його наукова робота “Мінералогічні спостереження деяких базальтів Рейну”. У 1792 р. навчальні роки закінчилися і він повернувся в Берлін, володіючи широкими і різнобічними знаннями в багатьох галузях знань та кількома мовами.

У 1792 р. вчений отримав посаду обер-бергмейстера. Охоче взявся вирішувати проблеми гірничої промисловості, відновив забуті копальні у Гольдкронасі, влаштував школу гірничої справи у Штебані, намагався зробити безпечну лампу та дихальну машинку і використовувати їх у випадку накопичення шкідливих газів в копальнях.

У 1792-1794 рр. здійснив багаточисельні поїздки Німеччиною. У 1793 р. опублікував дослідження з фізіології рослин “Підземна флора Фрейберга”. В цей же період провів свої дослідження, присвячені подразливості нервових та м'язових волокон, які були опубліковані у 1797 р. Вже в цей час він усвідомив свої можливості і поставив перед собою завдання – дати фізичний опис світу: “Я маю на увазі фізику світу, але чим більше відчуваю її необхідність, тим ясніше бачу, як хиткі ще підстави для такої будівлі”.

“Фізика світу” – це енциклопедія цілого ряду наук. Але для цього потрібно побачити весь світ. Вчений мріяв стати мандрівником, але мати категорично проти його подорожі. У 1796 р. мати відійшла у Вічність і перед Александром відкрилась перспектива побачити далекі світи. Після смерті матері він отримав свою частку спадщини (85000 талерів) і почав готуватися до подорожі. Але політичні обставини того часу не сприяли мандрам.

Упродовж 4 років А. Гумбольдт проживав в Єні, Зальцбурзі, Парижі, де він познайомився з видатними вченими того часу. Особливо теплими стали стосунки з французьким ботаніком Еме Бонпланом, який мріяв так само про подорож.

5 червня 1799 р. на корветі “Пісарро” А. Гумбольдт і Е. Бонплан вирушили з порту Лакорунья до іспанських володінь в Америці. Матеріалу для досліджень було багато: морські течії, рослини, тварини. Перша зупинка була на Канарських островах. Тут вперше дослідники пов'язали рослинність з кліматом і заклали основи ботанічної географії. 16 липня 1799 р. мандрівники висадилися на березі Венесуели, далі були екскурсії в сусідні місцевості, поїздка в Каракас, мандри по Оріноко, амазонські джунглі, поїздка до Гавани, далі була Бразилія, поїздка в Кіто (січень 1802 р.) і штурм вулканів Пічінчу, Котопахі, Антізану і сходження на Чімборасо (6310 м – світовий рекорд в той час). З Південної Америки мандрівники перебралися до Мексики, де пробули близько року. В Мексиці визначалося географічне становище різних знакових місць, вивчалась діяльність вулканів, досліджувалася архітектура пірамід та храмів ацтеків, тольтеків. Після майже 5-річного перебування в Америці, А. Гумбольдт і Е. Бонплан 3 серпня 1804 р. висадилися в Бордо.

Повернулися в Європу з багатьма колекціями. А. Гумбольдт разом з іншими видатними вченими понад 20 років обробляв їх в Парижі.

В 1804-1834 рр. вийшло 30 томів “Путешествия в равноденственные области Нового Света в 1799-1804 гг.”, велику частину яких складає описи рослин (16 тт.), астрономо-геодезичні та картографічні матеріали (5 тт.), друга частина – зоологія і порівняльна анатомія, описи мандрів. За матеріалами експедиції опублікована низка робіт, в т.ч “Картини природи”.

У 1827 р. А. Гумбольдт переїхав в Берлін, де виконував обов'язки камергера і радника прусського короля. У 1839 р. він здійснив мандри по Росії: на Урал, Алтай і до Каспійського моря. Природа Азії була представлена в роботі “Фрагменты по геологии и климатологии Азии” (т. 1-2; 1830) та “Центральная Азия” (т. 1-3; 1843). Дещо пізніше А. Гумбольдт спробував узагальнити наукові знання про природу Землі, Всесвіту в капітальній праці “Космос” (т. 1-5; 1845-1862). 5-й том залишився незавершеним. Ця праця – видатний твір натурфілософії 1-ї половини ХІХ ст. Заслуга А. Гумбольда в створенні фізичної географії, що виясняла закономірності на земній поверхні. Його погляди стали основою землезнавства, ландшафтознавства, географії рослин, кліматології. Обґрунтував ідею зонального розповсюдження рослинності на земній поверхні. Приділив багато уваги клімату, розпрацював метод ізотерм і склав схематичну карту їх розподілу для Північної півкулі.

Сучасники називали А. Гумбольдта “Арістотелем ХІХ ст.”. Вчений був дружним з багатьма видатними людьми Європи того часу. Він виступав проти нерівності рас та народів, проти війни.

Заслуги А. Гумбольдта були оцінені сучасниками і потомками. У 1800 р. він був обраний членом Берлінської АН, у 1818 р. – почесним членом Петербурзької АН.

Ім'я Гумбольдта присвоєно хребту в Центральній Азії (хр. Улан-Дабан), Північної Америки, горі на о. Нова Каледонія, льодовику на о. Гренландія, річці та деяким населеним пунктам в США, низці рослин, мінералу, кратеру на Місяці, астероїду, університету в Берліні.

А. Гумбольдт прожив довге життя і помер 6 травня 1859 р. на 90 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Есаков В.А. Гумбольдт Александр / В.А. Есаков // БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.7: Гоголь-Дебит. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1972. – С. 446.
2. УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.3: Гердан-Електрографія. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1974. – 552 с. – Зі змісту: [Гумбольдт Александр]. – с. 212.
3. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Гумбольдт Александр Фридрих Вильгельм]. – С. 202-203.

**Ю.М. ПАНИШКО,
А.Л. ВАСИЛЬЧУК, О.В. ШЕВЕЛЮК**

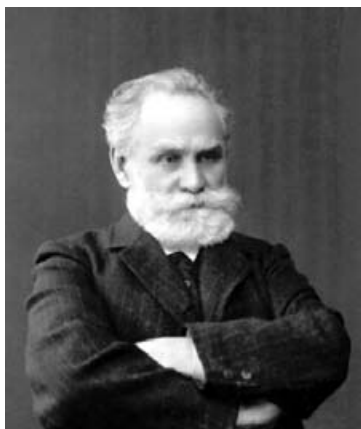
ІВАН ПЕТРОВИЧ ПАВЛОВ

До 165-річчя від дня народження

**Велич вченого може бути визначена тим,
на який час він загальмував прогрес науки”**

А. Сент-Дьордьї

(Лауреат Нобелівської премії 1937 р.)



Іван Петрович Павлов народився 14 вересня 1849 р. в м. Рязань. Батько, Петро Дмитрович Павлов (1823-1899) був священиком одного із храмів Рязані. Мати, Варвара Іванівна (у дівоцтві Успенська) (1826-1890) була із родини священика. Це, в якійсь мірі, вплинуло на вибір майбутньої професії. Іван Петрович згадував своїх батьків з почуттям глибокої вдячності: “А подо всем – всегдашнее спасибо отцу с матерью, приучившим меня к простой, очень невзыскательной жизни и давшим возможность получить высшее образование”. В школу Ваня Павлов пішов пізно, в 11 років. Допмагаючи батькам по господарству, впав з помоста і довго хворів. Справу врятував хресний батько – ігумен Троїцького монастиря, який все зробив, щоб відновилося здоров’я похресника. Після закінчення парафіяльної школи поступив у духовну семінарію. Здавалося, що син піде шляхом батька, але Провидіння послало Івану Павлову цікаві книги: “Фізіологія буденного життя” Дж. Льюїса та “Рефлекси головного мозку” І.М. Сеченова. Ці книжки настільки змінили світогляд юнака, що він не завершивши навчання в духовній семінарії, у 1870 р. поступив на юридичний факультет Санкт-Петербурзького університету, а через 17 днів перейшов на природниче відділення фізико-математичного факультету. Навчався в університеті добре, про що свідчить отримання на III курсі імператорської стипендії (300 карбованців замість 180 крб. звичайної стипендії). За першу студентську роботу “О нервах, заведывающих работой в поджелудочной железе” він отримав золоту медаль. Спеціалізувався І.П. Павлов з фізіології тварин у І.Ф. Ціона і Ф.В. Овсяннікова. У 1875 р. І.П. Павлов закінчив навчання в Університеті і поступив на III курс Військово-хірургічної академії (з 1881 р. Військово-медична академія), яку закінчив у 1879 р. У 1876-1878 рр. працював у фізіологічній лабораторії К.Н. Устияновича. Після закінчення навчання був залишений завідувачем фізіологічної лабораторії в клініці С.П. Боткіна.

Наукова діяльність І.П. Павлова розвивалася за 3-ма основними напрямками: фізіологія кровообігу, фізіологія травлення, вища нервова діяльність.

У 1883 р. І.П. Павлов захистив докторську дисертацію на тему: “О центробежных нервах сердца”. В докторській дисертації було показано, що послаблення і посилення діяльності серця спричиняються особливими нервами, що впливають на обмін речовин та енергії в серцевому м’язі й названі Павловим трофічними нервами.

Був призначений приват-доцентом ВМА, але відмовився від цього призначення у зв’язку з відрядженням у Німеччину в 1884-1886 рр., де вдосконалювався в лабораторії Р. Гейденгайна (м. Бреслау) та в лабораторії К. Людвіга (м. Ляйпциг), у двох найбільш видатних фізіологів того часу.

Повернувшись в лабораторію С.П.Боткіна, вчений у 1888-1890 рр. працював над проблемами фізіології серця та вимірюванням серцевого тиску. Визнання І.П.Павлова як вченого відбулося у 1890 р., коли 23 квітня Іван Петрович був обраний на посаду професора фармакології у Томському та Варшавському університетах. Але їхати в далекі краї йому не довелося. 24 квітня 1890 р. Івана Петровича Павлова обрали професором фармакології Військово-медичної академії. Одночасно з'явилася робота в заснованому Імператорському Інституту експериментальної медицини. У 1891 р. засновник Інституту, військовий, меценат принц Олександр Ольденбургський запросив вченого для організації відділу фізіології. Цей відділ фізіології І.П. Павлов очолював до 1936 р. Саме у цьому відділі були виконані роботи з фізіології головних травних залоз, що принесло йому всесвітню славу. Дослідження з фізіології травлення привернули увагу мецената Альфреда Нобеля, який у 1893 р. надав відповідні кошти для будівництва будинку, в якому була операційна з клінікою для собак. Оперуючи собак, І.П. Павлов показав, що кожний відділ травної системи – слинні, шлункові, дуоденальні залози, підшлункова залоза та печінка додають до їжі певні речовини в їх різних комбінаціях, які розщеплюють їжу на вуглеводи, білки, жири, що всмоктуються. В результаті цих досліджень з'явилася фундаментальна праця вченого “Лекции о работе главных пищеварительных желез”.

У 1896-1924 рр. І.П. Павлов працював завідувачем кафедри фізіології Військово-медичної академії. У 1901 р. він був обраний членом-кореспондентом, а в 1907 р. – дійсним членом АН.

У 1904 р. І.П. Павлову була присуджена Нобелівська премія з фізіології та медицини “за роботу з фізіології травлення, завдяки якій було сформовано ясне розуміння життєво-важливих аспектів цього питання”.

Вчення Павлова про типи нервової системи, яке базується на уявленні про силу, врівноваженість та рухливість процесів збудження і гальмування ставить на потужну фізіологічну основу емпіричні спостереження лікарів про темпераменти. Експериментально обґрунтовано положення про аналізатори, локалізацію функцій в корі головного мозку, наявність двох сигнальних систем.

У 1915 р. І.П. Павлов був нагороджений французьким орденом Почесного легіону і отримав медаль Коплі Лондонського Королівського товариства.

Лютневу революцію в Росії І.П. Павлов зустрів насторожено, а Жовтневий переворот 1917 р. дуже боляче: “На тот социальный эксперимент, который коммунисты проводят в стране, я не пожертвовал бы даже лягушачьей лапки”. Своїми виступами, листами І.П. Павлов постійно шокував нове партійне керівництво. Але в 1921 р. вождь революції В.І. Ленін видав декрет, яким зобов'язав створити належні умови для життя та роботи І.П. Павлову. В 1926 р. за планом І.П. Павлова було організовано біологічну станцію в с. Колтушах (нині Павлово) під Ленінградом для вивчення умовних рефлексів.

У 1927 р. І.П. Павлов виявився єдиним в Президії АН, хто проголосував проти призначення партійних функціонерів в АН. Вчений написав лист Й. Сталіну: “В свете того, что вы делаете с русской интеллигенцией, деморализуете её и лишаете её всяких прав – мне стыдно называть себя русским”.

При житті І.П. Павлов був обраний членом 22 академій наук, почесним членом багатьох наукових товариств, почесним доктором 11 університетів світу.

27 лютого 1936 р. І.П. Павлов помер на 87 році життя від пневмонії. Його ім'я присвоєно Інституту фізіології АН СРСР (нині РАН), 1-му Ленінградському (Санкт-Петербурзькому) медінституту, Рязанському медичному інституту.

АН СРСР у 1934 р. встановила премію ім. Павлова, а в 1949 р. – золоту медаль ім. Павлова – за сукупність робіт по розвитку вчення Павлова

ЛІТЕРАТУРА

1. Анохин П. Павлов Иван Петрович / П. Анохин // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.22: Органотропия-Панктеатин. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1961. – С. 981-1000.
2. Анохин П.К. Павлов Иван Петрович / П.К. Анохин // БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.19: Отоми-Пластырь. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1975. – С. 63-64.
3. Серков П.М. Павлов Иван Петрович / П.М. Серков // УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.8: Олєфіни-Поплін. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1982. – С. 118-119.
4. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Павлов Иван Петрович]. – С. 476-477.
5. З нагоди 150-річчя від дня народження І.П. Павлова // Вісник НАН. – 1999. – С. 61-62.
6. Спільні урочисті збори НАН і АМН України, присвячені 150-річчю від дня народження І.П. Павлова // Журн. АМН України. – 1999. – Т.5. – №4. – С. 791-794.
7. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Павлов Иван Петрович]. – С. 77-78.
8. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Павлов Иван Петрович]. – С. 259-261.
9. Голиков А.П. К столетию присуждения Нобелевской премии И.П. Павлову / А.П. Голиков // Клиническая фармакология и терапия. – 2004. – №13 (5). – С. 91-92.
10. Балалыкин Д.А. И П. Павлов – создатель экспериментальной хирургии желудка. (К 100-летию присуждения И.П. Павлову Нобелевской премии) / Д.А. Балалыкин // Хирургия. – 2005. – №3. – С. 70-72.
11. Демецкая А. Старейшина физиологов мира Иван Павлов / А. Демецкая // Фармацевт практик. – 2006. – №5. – С. 75-77.
12. Старейшина физиологов мира Иван Павлов // Тетарія. Укр. мед. вісник. – 2006. – №10. – С. 80-82.
13. Загрина Н.А. Иван Петрович Павлов и власть / Н.А. Загрина // Росс. физиол. журн. – 2008. – №4. – С. 474-478.
14. Кімакович В.Й. Павлов Иван Петрович – лауреат Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш // Вісник Вищої медичної освіти. – 2009. – №3. – С. 20-23.

ОЛЕКСАНДР ЛЕОНІДОВИЧ МЯСНИКОВ**До 115-річчя від дня народження**

Олександр Леонідович Мясников народився в м. Красний Холм (Росія) 18 вересня 1899 р. в сім'ї земського лікаря Леоніда Олександровича Мясникова та лікарської помічниці Зінаїди Костянтинівни. Освіту отримав в реальному училищі в Бежецьку, далі в гімназії Новому Петергофа та Тифлісу. У 1917 р. як золотий медаліст вступив до медичного факультету Московського університету. Після закінчення 1-го МДІ у 1922 р. почав працювати асистентом в факультетській терапевтичній клініці 1-го Петроградського /Ленінградського медичного інституту, якою керував Г.Ф. Ланг (1875-1948). В цій клініці О.Л. Мясников пропрацював до 1932 р. У 1932-1938 рр. він – завідувач кафедри внутрішніх хвороб Новосибірського інституту удосконалення лікарів. У 1934 р. створив і очолив кафедру факультетської терапії Новосибірського медичного інституту, одночасно займав посаду заступника директора з лікувальної роботи цього інституту. У 1934 р. вийшла в світ перша монографія О.Л. Мясникова “Болезни печени и желчных путей”. За цю роботу О.Л. Мясникову був присвоєний ступінь доктора медичних наук без захисту дисертації. У 1938-1940 рр. він був завідувачем кафедри факультетської терапії 3-го Ленінградського медичного інституту.

У 1936 р. вийшла друга монографія О.Л. Мясникова “Висцеральная малярия”, в якій вперше подано детальний аналіз пошкодження внутрішніх органів при цьому захворюванні. У 1940 р. вийшла книга “Болезни печени”.

У 1940-1948 рр. О.Л. Мясников працював начальником кафедри факультетської терапії Військово-морської медичної академії в Ленінграді і одночасно (від 1942 р.) головним терапевтом Военно-морського флоту СРСР. У 1944 р. вийшла книга “Клиника бруцеллёза” та був виданий підручник “Пропедевтика внутренних болезней”, який неодноразово перевидавався в СРСР та за кордоном. Після війни у 1945 р. виходить з друку книга “Клиника алиментарной дистрофии”. У 1946 р. О.Л. Мясников випустив монографію “Эндемические гепатиты”. В 1948-1965 рр. завідував кафедрою госпітальної терапії I Московського медичного інституту імені І.М. Сеченова і одночасно був директором Інституту терапії АМН СРСР (від 1966 р. – Інститут кардіології імені О.Л. Мясникова АМН СРСР). У 1948 р. О.Л. Мясников обраний академіком АМН СРСР. В 1954 р. вийшла монографія “Гипертоническая болезнь”. Під час “хрущовської відлиги” почав представляти радянську медицину на міжнародних конгресах та конференціях з проблем серцево-судинних захворювань: на IV Всесвітньому конгресі кардіологів (1961) в Мексиці, на VI Міжнародному конгресі з проблем харчування (1963) в Шотландії, на III Конгресі кардіологів країн Азії та Тихого Океану (1964) в Японії. Створив потужну школу радянських терапевтів: Є.І. Чазов, І.К. Шхвацабая, З.С. Волинський, А.С. Логінов, В.С. Смоленський та ін.

О.Л. Мясников був автором 119 наукових робіт, в т.ч. 8 монографій, 1 підручника. Під його керівництвом захищено 56 кандидатських і 17 докторських дисертацій. О.Л. Мясников був членом Президії АМН СРСР, членом Президії Міжнародного терапевтичного товариства, головою Всеросійського товариства терапевтів (від 1957), почесним членом багатьох

закордонних наукових медичних товариств. Був нагороджений орденами та медалями СРСР, міжнародною премією “Золотий стетоскоп” (1964).

Основні наукові роботи присвячені проблемам серцево-судинні патології (артеріальній гіпертензії, атеросклерозу, коронарній недостатності). Вчений розробив першу в світі класифікацію атеросклерозу, що враховувала стадійність розвитку патологічного процесу.

О.Л. Мясников був співавтором відділу “Внутренние болезни” 2 видання “БМЭ”, членом Комітету Міжнародного товариства із внутрішньої медицини. Ініціював і очолив широкомасштабні дослідження артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, сформулював уявлення про коронарогенні та некоронарогенні некрози міокарду, запропонував нові форми організації кардіологічної служби в СРСР.

Незадовго до смерті написав мемуари, які були опубліковані лише у 2011 р. під назвою: “Я лечил Сталина: из секретных архивов СССР”. Помер 19 листопада 1965 р. на 67 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ратнер Н. Мясников Александр Леонидович / Н. Ратнер // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.19: Монофагия-Наталоин. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1961. – С. 746-747.
2. БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.17: Моршин-Никиш. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1976. – 616 с. – Из сожерж: [Мясников Александр Леонидович]. – С. 179-180.
3. Бородулин В.И. А.Л. Мясников и его роль в формировании кардиологии в СССР / В.И. Бородулин // Кардиология. – 1979. – Т. 19. – №12. – С. 99-101.
4. Шхвацабая И.К. Выдающийся кардиолог. (К 90-летию со дня рождения А.Л. Мясникова) / И.К Шхвацабая // Кардиология. – 1979. – Т. 11. – С. 6-10.
5. Логинов А.С. Слово об учителе: К 90-летию со дня рождения А.Л. Мясникова / А.С. Логинов // Терапевтический архив. – 1989. – Т. 61. – №9. – С. 142-150.
6. Арабидзе Г.Г. Александр Леонидович Мясников (фрагменты воспоминаний) / Г.Г. Арабидзе // Терапевтический архив. – 1993. – Т.65. – №9. – С. 88-90.
7. Симоненко В. Александр Леонидович Мясников – выдающийся врач и ученый XX века / В. Симоненко // Врач. – 2000. – №3. – С. 46-47.
8. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Мясников Олександр Леонідович]. – С. 140.
9. Академик Александр Леонидович Мясников – первый главный терапевт Военно-морского флота СССР (К 60-летию Великой Победы) // Кардиология. – 2005. – №4. – С. 73-74.

ВИМОГИ

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

Загальні вимоги

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

Вимоги до оформлення статті

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

Технічні вимоги щодо оформлення матеріалів

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

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

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

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

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

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

Наукове видання

ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ

Здоровий спосіб життя

Збірник наукових праць

Випуск 31 (97)

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

С.Д. Бабляка – кардіолога ЛОКЛ

А.Л. Васильчука – канд. пед. н., доцента, народного цілителя України

В.І. Гельнер – приватного підприємця

В.А. Токового – приватного підприємця

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

Підписано до друку 21.09.2014

Формат 60*84/8. Папір офсетний

Гарнітура Times New Roman

Друк цифровий.

Ум. друк. арк. 7,5 . Фіз. друк. арк. 6.97.

Наклад 90 прим..