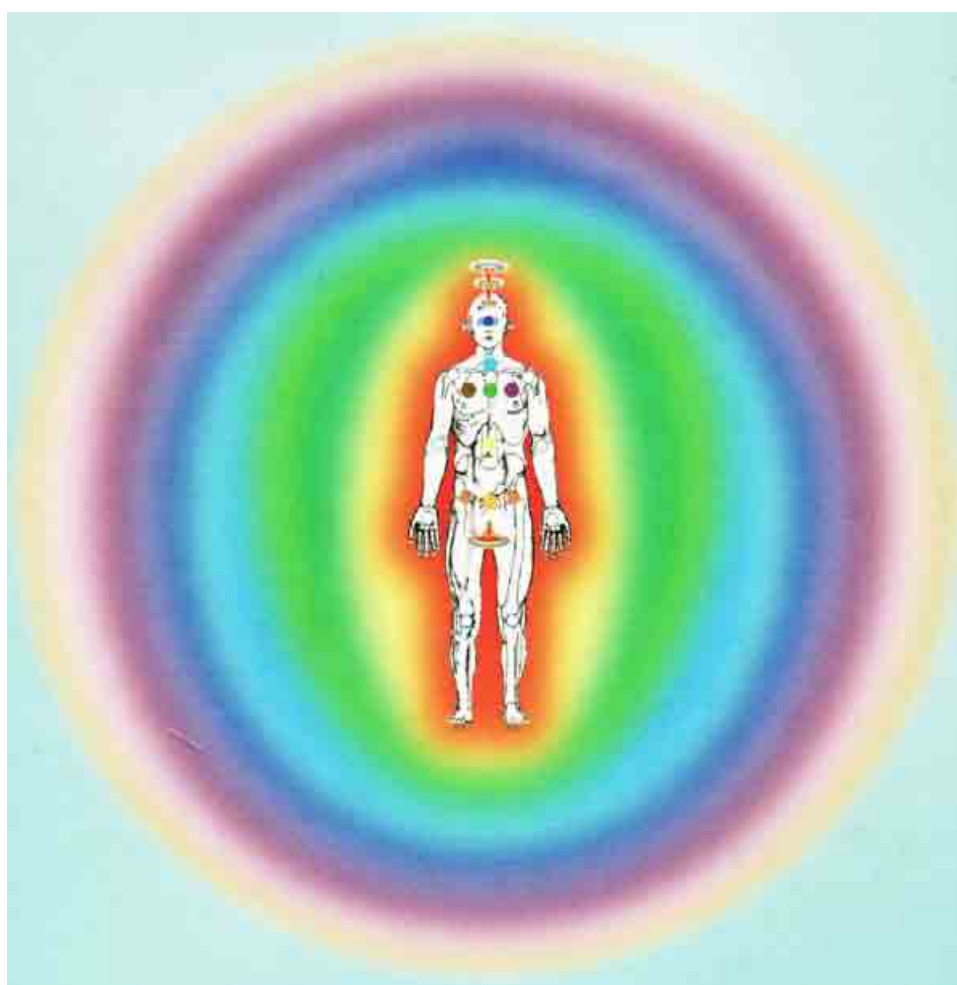


**Західний центр енергоінформаційних наук
Українська Міжнародна академія
профілактичної медицини НТШ**

ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ



**Збірник наукових праць
Випуск 35 (101)**

Львів 2015

УДК:613 (082)
ББК 52.201
Ф423

Редакційна колегія:

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

Редакційна рада:

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

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

Феномен людини. Здоровий спосіб життя [Текст]: зб.наук. праць. / За ред. доц. Ю.М. Панишка. – Львів, 2015. – Вип. 35 (101). – 70 с.

До збірника увійшли 13 наукових та науково-методичних робіт. Збірник наукових робіт розрахований на працівників науково-дослідних інститутів, викладачів вищих та середніх навчальних закладів, лікарів, психологів, педагогів, філософів, біологів, географів, фахівців фізичного виховання та всіх, хто цікавиться феноменом людини.

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

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

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

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

ISSN 2307-0722

© **Ю. М. Панишко, 2015**

ЗМІСТ

Відомості про авторів		4
Васильчук А.Л.	Еніоанатомія жовтого тонкоматеріального тіла людини	5
Малярська Н.В., Вівчар Р.Я., Шоробура Р.С.	Сучасна діагностика інфаркту мозку – покращення якості життя хворого	15
Матвієнко Ю.О.	Комплексний регіонарний больовий синдром	18
Топольницька О.І., Чупіль Р.М.	Сучасні аспекти діагностики парагангліом ший	28
ХРОНІКА		
Пашковська О.Я., Семак Г.В., Шевелюк О.В.	Деякі визначні і пам'ятні дати січня	32
Редколегія	Поздоровлення ювілярів ЛНМУ імені Данила Галицького	38
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Бумбар О.І.	Хроніка січня. Ювілейні дати вітчизняних лікарів та вчених	39
Аверчук В.Г., Панишко Ю.М.	Борис Михайлович Годуров. До 50-річчя від дня народження	45
Федоренко В.І., Панишко Ю.М.	Євген Гнатович Гончарук. До 85-річчя від дня народження	48
Горицький В.М., Панишко Ю.М., Бумбар О.І., Тарасов В.В.	Юрій Йосипович Бернадський. До 100-річчя від дня народження	52
Федоренко В.І., Панишко Ю.М.	Ірина Іванівна Даценко. До 90-річчя від дня народження	54
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Кулинич Р.О.	Хроніка січня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених	57
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Орел В.Г.	Альберт Швейцер. До 140-річчя від дня народження	64
Кіцера О.О.	Антон Павлович Чехов у Львові. До 155-річчя від дня народження	66
Редколегія	Інформаційний матеріал	69

Відомості про авторів

Аверчук Віталій Георгійович – лікар кардіохірург, завідувач кардіохірургічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні, Заслужений лікар 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.

Вівчар Роман Ярославович – асистент кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

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

Кіцера Олександр Омелянович – доктор медичних наук, професор кафедри оториноларингології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

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

Малярська Наталія Василівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

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

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

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.

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

Топольницька Ольга Іванівна – студентка 6 курсу Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Федоренко Віра Іларіонівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної гігієни з екологією Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Чупіль Марта Ростиславівна – студентка 6 курсу Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

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

Шоробура Марія Стефанівна – кандидат медичних наук, асистент кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

ЕНІОАНАТОМІЯ ЖОВТОГО ТОНКОМАТЕРІАЛЬНОГО ТІЛА ЛЮДИНИ

Вперше у світі даються основні еніоанатомічні характеристики жовтого тонкоматеріального тіла людини.

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

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

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

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

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

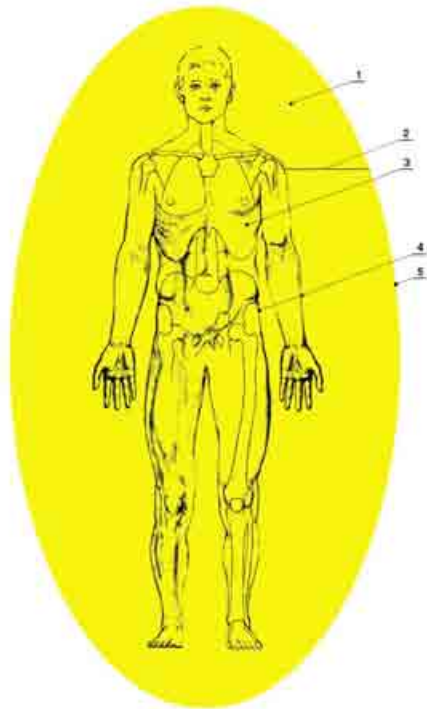
Продовження з випуску 27(93) – 34(100)

Жовте тонкоматеріальне тіло займає простір фізичного тіла, червоного, світлосяюче-червоного, оранжевого, світлосяюче-оранжевого тонкоматеріальних тіла і простір навколо світлосяюче-оранжевого тонкоматеріального тіла (Мал.1). Його розміри більші, ніж розміри червоного, світлосяюче-червоного, оранжевого, світлосяюче-оранжевого і воно побудоване менш щільними жовтими інформаційно-енергетичними матеріями, ніж світлосяюче-оранжеве, оранжеве, світлосяюче-червоне і червоне тіла. Жовте тонкоматеріальне тіло анатомо-морфологічно подібне до фізичного тіла, а також червоного, світлосяюче-червоного, оранжевого і світлосяюче-оранжевого тонкоматеріальних тіл. Тонкоматеріальна основа жовтого (емоціонального, астрального) тонкоматеріального тіла переважно утворюється жовтими інформаційно-енергетичними матеріями астрального світу, гравітаційних полів Землі та Місяця. Це перше тіло з усіх тимчасових тонкоматеріальних тіл у структурі **зовнішньої частини** якого **5 разів** представлена нервова система і органи чуття, а у **внутрішній частині** – **5 разів** фізичне тіло в усіх структурно-функціональних рівнях, що необхідно мати на увазі при вихованні, навчанні, розвитку, вдосконаленні, лікуванні, регенерації, реабілітації і рекондиції. Без цього неможливо досягнути позитивних результатів, особливо при ПСІ-феноменальному вихованні, навчанні і цілителстві.

Жовте тонкоматеріальне тіло має внутрішню і зовнішню частини.

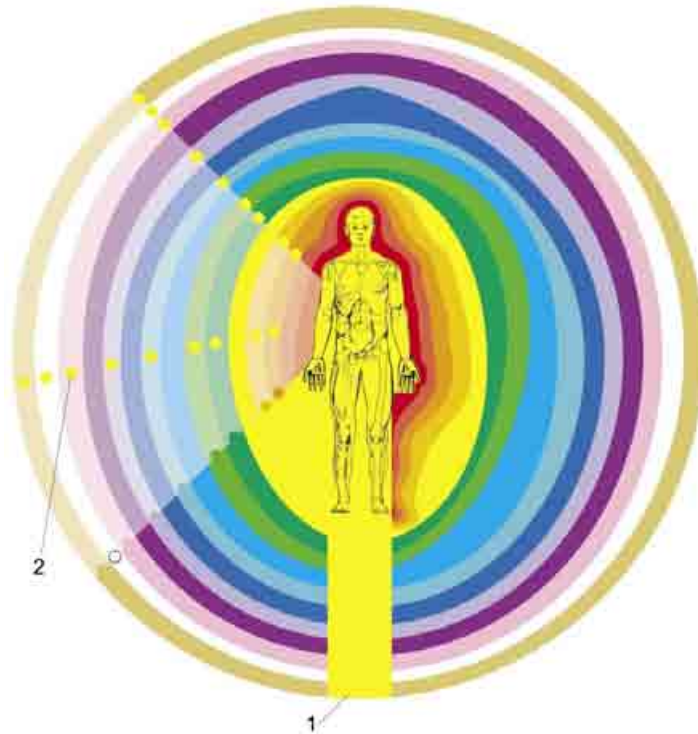
Внутрішня частина тіла структурно ідентична з клітинами, тканинами, органами, системами, організмом та геометрією внутрішнього простору фізичного тіла, з усіма структурами внутрішніх частин червоного, світлосяюче-червоного, оранжевого і світлосяюче-оранжевого тонкоматеріальних тіл. Внутрішня частина являється анатомо-морфоутворюючою голографічною матрицею, за якою здійснюється морфогенез усіх структурних рівнів фізичного тіла з перевагою морфогенезу нервової системи і органів чуття, зокрема тих їх структур, які являються основою емоціональних проявів людини.

Зовнішня частина знаходиться у просторі зовнішньої частини червоного, світлосяюче-червоного, оранжевого і світлосяюче-оранжевого тонкоматеріальних тіл та у просторі навколо них. Це простір, обмежений шкірою фізичного тіла і зовнішньою оболонкою жовтого тонкоматеріального тіла. В цьому просторі потрібно розрізняти простір між зовнішньою жовтою оболонкою жовтого тонкоматеріального тіла і зовнішньою світлосяюче-оранжевою оболонкою світлосяюче-оранжевого тонкоматеріального тіла. Це периферичний простір, в якому відсутні структури світлосяюче-оранжевого тіла.



Мал.1. Жовте тонкоматеріальне тіло:

1 – жовте тіло; 2 – зовнішня частина жовтого тонкоматеріального тіла; 3 – внутрішня частина жовтого тонкоматеріального тіла; 4 – внутрішня оболонка жовтого тіла; зовнішня оболонка жовтого тіла.



Мал.2. Жовта голографічна автономія тонкоматеріальних тіл:

1 – голографічна автономія тіл на основі жовтої інформаційно-енергетичної матерії; 2 – голографічна інтеграція жовтою інформаційно-енергетичною матерією оранжевого, світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, бузькового, рожевого, білого і золотого тіл.

Простір зовнішньої частини це простір між інтегральною внутрішньою оболонкою тонкоматеріальних тіл і зовнішньою оболонкою зовнішньої частини жовтого тіла. Простір зовнішньої частини самого жовтого тіла частково структурований ідентично нервовій системі та органам чуття фізичного тіла, а також структурований зовнішньою частиною світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче червоного і червоного тонкоматеріальних тіл і проникнутими частинами структур зеленого, світлосяюче-зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, що надає цьому простору надзвичайно складну геометрію, яка відображає тільки частини зовнішніх структур цих тонкоматеріальних тіл. Зовнішня частина структурно аналогічна з нервовою системою та органами чуття, що уможливило жовтому тілу значно розширити сприймання інформацій з навколишнього простору, а його простір заповнений інформаційно-енергетичними голограмами і біоплазмами емоційного характеру, у ньому накопичуються і перемішуються емоційні інформаційно-енергетичні флюїдні біоплазми, що дає можливість жовтому тілу приймати, бачити, чути, відчувати і аналізувати усі інформаційно-енергетичні матерії емоційних проявів зовнішнього середовища і людей у жовтих діапазонах електромагнітного спектра. Це причина, щоб назвати жовте тонкоматеріальне тіло емоціональним або астральним і вважати його інформаційно-енергетичною основою почуттів, емоцій, переживань та бажань. У жовтому тілі концентрується найбільша кількість інформацій, мікрочасток, світла, енергії, інформаційно-енергетичних субстанцій та біоплазм емоцій. Кольорові відтінки, форма і розміри зовнішньої частини жовтого тіла можуть змінюватися в залежності від характеру емоційного стану людини. Простір зовнішньої частини жовтого тіла заповнений специфічними, високоспецифічними жовтими життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами та індивідуально-універсальними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами. У просторі зовнішньої частини жовтого тонкоматеріального тіла розрізняють **два види** індивідуально-універсальної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми – **біоплазму**, яка утворюється усіма проникаючими тонкоматеріальними тілами крізь жовте тіло і знаходиться у просторі зовнішньої та внутрішньої частин жовтого тонкоматеріального тіла, обмеженому світлосяюче-оранжевим тонкоматеріальним тілом, та **біоплазму**, яка немає червоних, світлосяюче-червоних, оранжевих і світлосяюче-оранжевих життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм червоного, світлосяюче- червоного, оранжевого і світлосяюче-оранжевого тонкоматеріальних тіл і, яка знаходиться в периферійному просторі жовтого тонкоматеріального тіла. Індивідуально-універсальна життєва інформаційно-енергетична біопlasма периферійного простору зовнішньої частини жовтого тіла вміщує інформаційно-енергетичні матерії жовтого тіла та усіх тонкоматеріальних тіл, що проникають крізь жовте тонкоматеріальне тіло, крім світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче-червоного і червоного. Ця біопlasма являється менш щільною, ніж біопlasми зовнішніх частин світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче-червоного і червоного тонкоматеріальних тіл. Жовті специфічні та високоспецифічні життєві інформаційно-енергетичні біопlasми утворюються тільки жовтим тонкоматеріальним тілом, являються менш щільними, ніж індивідуально-універсальна життєва інформаційно-енергетична біопlasма, що знаходиться у зовнішній і внутрішній частинах жовтого тонкоматеріального тіла, але щільнішою від інформаційно-енергетичної біопlasми периферійного простору. Зовнішня частина жовтого тіла інформаційно-енергетично забезпечує у жовтих 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. Обмежує простір індивідуальної інформаційно-енергетичної ідентичності жовтого діапазону електромагнітного спектра навколо фізичного тіла і світлосяюче-оранжевого тонкоматеріального тіла.

Жовте тонкоматеріальне тіло являється більш щільним, ніж зелене, світлосяюче-зелене, блакитне, бірюзове, синє, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла, тому крізь нього ці тонкоматеріальні тіла вільно проникають і утворюють з жовтим тілом вторинні ідентичні тонкоматеріальні тіла та індивідуально-універсальні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми. Жовта специфічна життєва інформаційно-енергетична біоплазма має морфогенетичний і емоціональний характер, інформаційно-енергетично обумовлює морфогенетичні процеси всіх структурно-функціональних рівнів фізичного тіла, його ріст, розвиток, реалізацію і прояви, а також обумовлює емоції та стимулює інтелектуальні процеси людини. Фізичне тіло в процесі свого розвитку копіює голографічну матрицю внутрішньої частини жовтого тіла. При цьому морфогенез нервової системи і органів чуття інформаційно-енергетично посилюються голографічною матрицею нервової системи і органів чуття зовнішньої частини жовтого тонкоматеріального тіла, особливо тих структур, які обумовлюють емоційний розвиток людини.

Зовнішня оболонка жовтого тонкоматеріального тіла знаходиться між зовнішніми оболонками світлосяюче-оранжевого і зеленого тонкоматеріальних тіла. **Форма** зовнішньої оболонки жовтого тіла має вигляд витягнутого еліпса. Зовнішня оболонка зовнішньої частини жовтого тіла **утворюється концентрацією** жовтих інформаційно-енергетичних матерій, **прониканням** зеленого, світлосяюче-зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл крізь жовту оболонку і **жовтим компонентом** зеленого, світлосяюче-зеленого, бірюзового, бузкового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл. Якщо тонкоматеріальні тіла добре розвинуті, зовнішня оболонка зовнішньої частини жовтого тіла може мати **11 шарів: внутрішній** – жовтий, найщільніший, найтонший і найслабший, **середній** – зелений, більший за жовтий та в однаковому структурному смислі світлосяюче-зелений, блакитний, бірюзовий, синій, бузковий, фіолетовий, рожевий, білий і золотий. Золотий шар **зовнішній**, найменш щільний, найтовщий і найміцніший.

Зовнішня оболонка утворює жовті чакрові конуси усіх чакр, зовнішню оболонку жовтих чакрових конусів, зовнішній шар жовтої тріади зіркових каналів, середній шар і зовнішній шар жовтих 7-шарових структур зіркових каналів, верхні і нижні фільтраційні мембрани зіркових каналів, зовнішні шари жовтих сушумнових, мерудандових, ідових, пінгалових тріад і оболонкові жовті інформаційно-енергетичні канали і мікроканали. У зовнішній оболонці знаходяться основи жовтих чакрових конусів усіх чакр і фільтраційні мембрани зіркових каналів. Зовнішньою оболонкою зовнішньої частини, жовтими фільтраційними мембранами зіркових каналів і жовтими чакровими конусами чакр, жовте тонкоматеріальне тіло здійснює ідентичні для людини інформаційно-енергетичні взаємообміни у жовтих діапазонах електромагнітного спектра з усіма інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища. Зовнішня частина жовтого тонкоматеріального тіла по відношенню до інших зовнішніх частин тонкоматеріальних тіл, розміщується навколо фізичного тіла у зовнішній частині світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче-червоного і червоного тонкоматеріальних тіл і навколо простору зовнішньої оболонки світлосяюче-оранжевого тіла. Відносно світлосяюче-оранжевого тонкоматеріального тіла, жовте тіло є зовнішнім тілом, а відносно зеленого та інших зовнішньо розміщених тіл являється внутрішнім тілом. Тому зовнішня частина жовтого тіла функціонує не лише у власному, жовтому, інформаційно-енергетичному середовищі, але й у середовищі усіх тонкоматеріальних тіл. При цьому його зовнішня оболонка функціонує у власному інформаційно-енергетичному середовищі, в середовищі зеленого, світлосяюче-зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, але не функціонує в інформаційно-енергетичному середовищі світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче- червоного і червоного тонкоматеріальних тіл тому, що зовнішні частини цих тіл не досягають до зовнішньої оболонки жовтого тіла.

Внутрішня оболонка жовтого тонкоматеріального тіла знаходиться в межах внутрішньої оболонки світлосяюче-оранжевого тонкоматеріального тіла і незначно виступає за її межі, розділяє внутрішню і зовнішню частини жовтого тіла. **Форма** внутрішньої оболонки ідентична із зовнішнім анатомо-морфологічним рельєфом фізичного тіла і усіма анатомічними структурами шкіри. Внутрішня оболонка жовтого тіла з'єднується з внутрішніми оболонками світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче-червоного і червоного тонкоматеріальних тіл, утворюючи 5-ти шарову інтегральну оболонку жовтого, світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче-червоного і червоного тонкоматеріальних тіл. Архітектоніка внутрішньої оболонки така ж, як архітектоніка шкіри фізичного тіла. Внутрішня оболонка утворює свої внутрішні структури, які дотепер ще недосліджені. Вона утворює середній жовтий шар усіх меридіанів, внутрішній оболонковий шар та середній шар жовтих 7-шарових структур зіркових каналів, середній шар жовтої тріади зіркових каналів, верхню і нижню внутрішні жовті фільтраційні мембрани зіркових каналів, середній шар жовтих сушумнових, мерудандових, ідових та пінгалових тріад і внутрішньооболонкові жовті інформаційно-енергетичні канали та мікроканали.

До жовтого тонкоматеріального тіла проникає зелене, світлосяюче-зелене, блакитне, бірюзове, синє, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла, беручи участь у структурному вдосконаленні та визначенні функціональних можливостей жовтого тонкоматеріального тіла. Ці основні тонкоматеріальні тіла набувають форм і структур жовтого тіла, з'єднуються з ним, утворюючи ідентичні тонкоматеріальні тіла, які разом дають зовнішній і внутрішній оболонкам та усім структурам жовтого тонкоматеріального тіла нові інтегральні голографічні структурні характеристики, структурно вдосконалюють і визначають їх розширені функціональні можливості та утворюють голографічну єдність з жовтим тілом.

Жовте тонкоматеріальне тіло вважається базовим з огляду на те, що крізь нього проникають зелене, світлосяюче-зелене, блакитне, бірюзове, синє, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла, являється для них опорою, розміщуються в ньому, їх неповні зовнішні частини і зовнішні оболонки розташовуються навколо зовнішньої частини жовтого тіла. Крізь жовте тонкоматеріальне тіло не можуть проникати світлосяюче-оранжеве, оранжеве, світлосяюче-червоне і червоне тонкоматеріальні тіла тому, що ці тіла являються щільнішими. У біотично-фізичній енергоінформаційній космічно-земній голограмі людини, жовте тіло являється основою структурно-функціональної голографічної єдності з фізичним тілом, оранжевим, світлосяюче-оранжевим, зеленим, світлосяюче-зеленим, бірюзовим, бузковим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальними тілами.

Жовте тонкоматеріальне тіло являється високоспецифічною основою інформаційно-енергетичного взаємообміну жовтих діапазонів електромагнітного спектра між тілами, між тонкоматеріальними тілами та інформаційно-енергетичними полями Буття. У жовтому тілі переважно концентруються інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми жовтих діапазонів електромагнітного спектра. Інформаційно-енергетичні матерії, що поглинаються зовнішньою оболонкою жовтого тіла, жовтими чакровими конусами чакр, зовнішніми верхньою і нижньою жовтими фільтраційними мембранами зіркових каналів спрямовуються до внутрішньосушумнової, внутрішньомерудандової, внутрішньоідової, внутрішньопінгалової, внутрішньоправозіркової, внутрішньолівозіркової, внутрішньомеридіанових, внутрішньо-чакрових, зовнішньоструктурної і внутрішньоструктурних сіток субультраканалів, а з них – до структур усіх тіл людини. Без жовтого тіла неможливий оптимальний і функціонально необхідний інформаційно-енергетичний взаємообмін, транспортування, перерозподіл та циркуляція інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій та біоплазм жовтих діапазонів електромагнітного спектра між тонкоматеріальними тілами, фізичним тілом, інформаційно-енергетичними полями людей, тварин, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту, Духовного Буття та ін.

Жовте тонкоматеріальне тіло являється основою жовтої автономної інтеграції тонкоматеріальних тіл, яка є сукупністю і з'єднанням жовтого, оранжевого, світлосяюче-оранжевого, зеленого світлосяюче-зеленого, бірюзового, бузкового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріального тіл (Мал.2). Жовте тіло являється невід'ємною частиною симбіозу з фізичним тілом, первинною голографічною анатомо-морфоутворюючою матрицею за якою в більшій мірі здійснюється морфогенез усіх структурних рівнів фізичного тіла з перевагою морфогенезу нервової системи і органів чуття, особливо тих їх структур, котрі являються основою емоційних проявів людини. Без жовтого тіла неможливе утворення біотично-фізичної енергоінформаційної космічно-земної голограми людини. В процесі еволюційного розвитку людини її жовте тонкоматеріальне тіло є первинне по відношенню до фізичного тіла і вторинне по відношенню до золотого тонкоматеріального тіла і являється голографічною анатомо-морфоутворюючою матрицею, в більшій мірі, програмує морфогенез нервової системи і органів чуття, управляє і контролює ріст і розвиток усіх структурних рівнів фізичного тіла, зберігає генетичну, жовту інформаційно-енергетичну і емоціональну ідентичність людини та ін. В процесі індивідуального еволюційного розвитку будь-які анатомічні, морфологічні та фізіологічні зміни фізичного тіла відображаються у жовтому тілі. Голографічна анатомо-морфоутворююча матриця жовтого тіла поступово змінюється у відповідності до еволюційних анатомічних, морфологічних, фізіологічних та інформаційно-енергетичних змін фізичного тіла, червоного, світлосяюче- червоного, оранжевого і світлосяюче-оранжевого тонкоматеріальних тіл. При цьому, оберігає і захищає генетичну і жовту інформаційно-енергетичну індивідуальну ідентичність людини, її анатомію, морфологію і фізіологію. Не допускає мутацій анатомо-морфофункціональних структур фізичного тіла, особливо нервової системи і органів чуття, інформаційно-енергетичних матерій жовтих діапазонів електромагнітного спектра і протягом життя постійно відновлює усі структури фізичного тіла, особливо нервової системи та органів чуття, які обумовлюють емоції людини, всі структури жовтого тіла та допомагає відновлювати структури світлосяюче-оранжевого і оранжевого тонкоматеріальних тіл, а у випадку необхідності також структури світлосяюче- червоного і червоного тонкоматеріальних тіл.

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

Основні характеристики жовтого тонкоматеріального тіла:

- 1. З погляду послідовності виникнення** це тіло **первинне** відносно фізичного тіла і **вторинне** відносно золотого тонкоматеріального тіла. В процесі розвитку людини раніше виникає жовте тонкоматеріальне тіло, одночасно із світлосяюче-оранжевим, оранжевим, світлосяюче-червоним і червоним, а потім наслідують фізичне тіло. У часі, жовте тіло випереджає розвиток фізичного тіла. Фізичне тіло розвивається не лише за голографічною матрицею внутрішньої частини жовтого тіла, але й за інтегральною голографічною матрицею усіх тонкоматеріальних тіл. Жовте тіло розвивається за первинною голографічною матрицею золотого тіла та інтегральною голографічною матрицею усіх вічних тонкоматеріальних тіл, тому відносно золотого тіла і вічних тонкоматеріальних тіл являється **вторинним**.
- 2. Відносно часу існування у Всесвіті** це тіло **тимчасове**, тому існує тільки у період онтогенезу, а після смерті фізичного тіла розпадається на інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та біоплазми жовтих діапазонів електромагнітного спектра, які стають складовими інформаційно-енергетичних полів Землі, Всесвіту і Духовного Буття.

3. **Стосовно кольору** це **жовте тіло**, тому назване жовтим тонкоматеріальним тілом. Містить тільки жовтий колір. Найчутливіше до жовтих інформаційно-енергетичних матерій і найкраще функціонує у жовтих діапазонах електромагнітного спектра. В літературі ще відоме, як астральне чи емоціональне тіло. Ця назва не цілком об'єктивна тому, що не відповідає усім функціональним можливостям жовтого тіла.
4. **За кольоровим складом** інформаційно-енергетичної матерії, яка бере участь в будові жовтого тонкоматеріального тіла, це тіло **монохроматичне**. Його матерія складається тільки з жовтого інформаційно-енергетичного компоненту.
5. **За компонентністю** інформаційно-енергетичної матерії, яка бере участь у побудові жовтого тонкоматеріального тіла, це тіло **монокомпонентне**, вміщує лише жовтий компонент.
6. **За кількістю компонентів** жовтої інформаційно-енергетичної матерії жовтого тонкоматеріального тіла, воно **монокомпонентне** – має лише один, жовтий компонент. Жовта інформаційно-енергетична матерія бере участь у побудові жовтого, оранжевого, світлосяюче-оранжевого, зеленого, світлосяюче-зеленого, бірюзового, бузкового, рожевого білого і золотого тонкоматеріальних тіл.
7. **За щільністю** інформаційно-енергетичної матерії, це тіло менш щільне, ніж світлосяюче-оранжеве, оранжеве, світлосяюче-червоне і червоне, тому крізь них вільно проникає і утворює з ними ідентичні тонкоматеріальні тіла. Відносно світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче-червоного і червоного тонкоматеріальних тіл жовте тіло **непроникаюче**, а відносно інших тонкоматеріальних тіл являється щільнішим і тому **проникаючим**, що дає можливість проникати крізь нього зеленому, світлосяюче-зеленому, блакитному, бірюзовому, синьому, бузковому, фіолетовому, рожевому, білому і золотому тонкоматеріальним тілам та утворювати з ним ідентичні тонкоматеріальні тіла.
8. Відносно **діапазону електромагнітного спектра функціонування тіла**, це тіло **монодіапазонове**, найефективніше функціонує в жовтих діапазонах електромагнітного спектра.
9. **За частотою функціонування**, тіло **моночастотне**, переважно функціонує у жовтих діапазонах електромагнітного спектра. Якщо досягне універсального розвитку, то може функціонувати з такою ж ефективністю у будь-якому діапазоні електромагнітного спектра.
10. З погляду **інформаційно-енергетичної основи**, яка містить інформації колективної поведінки і соціальної культури суспільства, тіло **мономаргінальне**. При досягненні всебічного, збалансованого, гармонійного і універсального розвитку 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 оболонками світлосяюче-оранжевого і зеленого тонкоматеріальних тіл.
12. **За структурно-функціональним значенням** у біотично-фізичній енергоінформаційній космічно-земній голограмі людини, жовте тіло являється **основним** для утворення автономної жовтої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл. Без жовтого тонкоматеріального тіла неможливе утворення та існування жовтої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, усіх чотирьох вторинних ідентичних жовтих тонкоматеріальних тіл та утворення жовтих життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм.
13. **За функціональним значенням** в інформаційно-енергетичному взаємообміні це **основне високоспецифічне** тіло. Тільки воно уможливує вроджено чистий і в достатньої кількості інформаційно-енергетичний взаємообмін у жовтих діапазонах електромагнітного спектра з інформаційно-енергетичними полями зовнішнього

середовища, що дає можливість досягнути функціонально потрібної стабільності інформаційно-енергетичної ідентичності, індивідуальності, імунітету і гомеостазу жовтих життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм, жовтої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, жовтого компонента індивідуально-універсальної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми, а також тих життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм, які мають жовтий компонент.

14. З погляду **накопичення, концентрації та зберігання** інформаційно-енергетичних матерій, це тіло являється **резервуаром** жовтих інформаційно-енергетичних матерій, які можуть використовуватися при недостатньому інформаційно-енергетичному забезпеченні жовтими інформаційно-енергетичними матеріями життєздатності та життєдіяльності фізичного тіла і функціонування тонкоматеріальних тіл, що дає можливість утримувати стабільність, постійність і достатність інформаційно-енергетичного забезпечення. Ці процеси тіло здатне здійснювати в жовтих діапазонах електромагнітного спектру, а при досягненні універсального розвитку – у будь-якому діапазоні електромагнітного спектру.
15. З погляду **ієрархії управління** інформаційно-енергетичними процесами в тонкоматеріальних тілах, тіло відноситься до **центрального управління** транспортування, перерозподілу, циркуляції та взаємообміну жовтих інформаційно-енергетичних матерій у жовтій голографічній інтеграції тонкоматеріальних тіл людини. Жовте тіло дає можливість утримувати стабільну функціонально необхідну концентрацію і дифузійну напругу жовтих інформаційно-енергетичних матерій, а також підтримує ці процеси у оранжевих, світлосяюче-оранжевих, зелених, світлосяюче-зелених, бірюзових, бузкових, рожевих, білих і золотих інформаційно-енергетичних матеріях, що уможливило їх цілеспрямоване і функціонально необхідне транспортування, перерозподіл, циркуляцію та інформаційно-енергетичні взаємообміни між тілами жовтої голографічної інтеграції. У випадку необхідності всі ці функціональні інформаційно-енергетичні процеси можуть бути проведені жовтим тонкоматеріальним тілом в оранжевій, світлосяюче-оранжевій, зеленій, світлосяюче-зеленій, бірюзовій, бузковій, рожевій, білій і золотій голографічній інтеграції тонкоматеріальних тіл. Жовтому тілу допомагає оранжеве, світлосяюче-оранжеве, зелене, світлосяюче-зелене, бірюзове, бузкове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла. Зелене, світлосяюче-зелене, бірюзове, бузкове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла можуть у будь-який момент перебрати управління **жовтих** інформаційно-енергетичних матерій, однак при цьому будуть послаблені їх основні функції тому, що їх інформаційно-енергетичний потенціал буде використаний на компенсацію недостатності функції управління жовтого тонкоматеріального тіла. Одночасно з функцією центрального управління жовте тіло має **функцію периферійного управління** інформаційно-енергетичними процесами у своїх межах. Цією функцією володіють і керують менш щільні, вищих функціональних частот із жовтим діапазоном електромагнітного спектра зелене, світлосяюче-зелене, бірюзове, бузкове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла. Найбільші можливості управління має золоте тонкоматеріальне тіло, якщо воно оптимально розвинуте, при його недостатньому розвитку – біле тонкоматеріальне тіло, а при недостатньому розвитку білого тіла – рожеве тонкоматеріальне тіло, при недостатньому розвитку рожевого тіла – бузкове тонкоматеріальне тіло, при недостатньому розвитку бузкового – бірюзове тонкоматеріальне тіло, при недостатньому розвитку бірюзового – світлосяюче-зелене тонкоматеріальне тіло, а при його недостатньому розвитку – зелене тонкоматеріальне тіло.

Жовте тонкоматеріальне тіло людини являється первинною жовтою інформаційно-енергетичною голограмою, яка вміщує чотири вторинні ідентичні голограми із специфічними структурами та структурами ідентичними фізичному тілу. Тіло побудоване

жовтою інформаційно-енергетичною матерією духовного, космічного, земного і людського походження з минулого, теперішнього і майбутнього часу. Має внутрішню та зовнішню частини. **Внутрішня частина** структурована так само, як фізичне тіло, внутрішня частина червоного, світлосяюче-червоного, оранжевого і світлосяюче-оранжевого тонкоматеріальних тіл. **Зовнішня частина** структурована нервовою системою і органами чуття фізичного тіла, зовнішніми частинами червоного, світлосяюче-червоного, оранжевого і світлосяюче-оранжевого тонкоматеріальних тіл та проникнутими частинами структур зовнішніх частин усіх тонкоматеріальних тіл, які проникають крізь жовте тонкоматеріальне тіло. Ця частина **заповнена** індивідуальними специфічними і високоспецифічними жовтими життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами та **двома** універсальними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами, з яких **одна** розміщена в периферійному просторі і утворюється усіма тонкоматеріальними тілами, проникаючими крізь жовте тіло, крім світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче-червоного і червоного тіл, а **друга** утворюється усіма тонкоматеріальними тілами, розміщується у внутрішній та зовнішній частині жовтого тонкоматеріального тіла, обмеженій світлосяюче-оранжевим тонкоматеріальним тілом. **Одна з біоплазм** містить всі природні для людини діапазони електромагнітного спектра, **друга** не містить діапазонів електромагнітного спектра червоного, світлосяюче-червоного, оранжевого і світлосяюче-оранжевого тонкоматеріальних тіл. **Зовнішня оболонка** зовнішньої частини жовтого тіла має форму видовженого еліпса і розміщується між оболонками зовнішніх частин світлосяюче-оранжевого і зеленого тонкоматеріальних тіл. Жовте тонкоматеріальне тіло **утворює ідентичне** жовто-світлосяюче-оранжеве, жовто-оранжеве, жовто-світлосяюче-червоне і жовто-червоне тонкоматеріальні тіла. Воно **голографічно інтегрується** з оранжевим, світлосяюче-оранжевим, зеленим, світлосяюче-зеленим, бірюзовим, бузковим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальними тілами, **утворюючи** з ними жовту голографічну автономію тонкоматеріальних тіл і є її основою. **Своїми** інформаційно-енергетичними матеріями і біоплазмами **бере участь** в утворенні оранжевої, світлосяюче-оранжевої, жовтої, зеленої, світлосяюче-зеленої бірюзової, бузкової, рожевої, білої і золотої голографічної автономії та інтегральності цих тіл. Забезпечує їх інтегральне, автономне і специфічне функціонування на основі жовтих діапазонів електромагнітного спектра.

Крізь жовте тіло проникають усі тонкоматеріальні тіла, крім червоного, світлосяюче-червоного, оранжевого і світлосяюче-оранжевого, причому саме жовте тіло проникає крізь світлосяюче-оранжеве, оранжеве, світлосяюче-червоне і червоне тіла, повторює їх форми, структури, внутрішні архітекtonіки і таким чином разом з усіма цими тілами утворює усі ідентичні різнокольорово жовті тонкоматеріальні тіла і являється для них базовим.

Ідентичне жовто-світлосяюче-оранжеве тонкоматеріальне тіло людини - вторинна жовто-світлосяюче-оранжева інформаційно-енергетична голограма, яка містить специфічні структури та структури ідентичні фізичному тілу, утворюється жовтим і світлосяюче-оранжевим тонкоматеріальними тілами при прониканні жовтого тіла крізь світлосяюче-оранжеве тіло з повторенням його форм і структур.

Ідентичне жовто-оранжеве тонкоматеріальне тіло людини - вторинна жовто-оранжева інформаційно-енергетична голограма, яка містить специфічні структури та структури ідентичні фізичному тілу, утворюється жовтим і оранжевим тонкоматеріальними тілами при прониканні жовтого тіла крізь оранжеве тіло з повторенням його форм і структур.

Ідентичне жовто-світлосяюче-червоне тонкоматеріальне тіло людини - вторинна жовто-світлосяюче-червона інформаційно-енергетична голограма, яка містить специфічні структури та структури ідентичні фізичному тілу, утворюється жовтим і світлосяюче-червоним тонкоматеріальними тілами при прониканні жовтого тіла крізь світлосяюче червоне тіло з повторенням його форм і структур.

Ідентичне жовто-червоне тонкоматеріальне тіло людини - вторинна жовто-червона інформаційно-енергетична голограма, яка містить специфічні структури та структури

ідентичні фізичному тілу, утворюється жовтим і червоним тонкоматеріальними тілами при прониканні жовтого тіла крізь червоне тіло з повторенням його форм і структур.

Жовте тонкоматеріальне тіло із своїми вторинними ідентичними тілами може функціонувати у тих самих інформаційно-енергетичних рівнях Буття, з тими самими частотними, амплітудними і хвильовими характеристиками, як червоне, світлосяюче-червоне, оранжеве і світлосяюче-оранжеве тіла. При досягненні всебічного, гармонійного, збалансованого і універсального розвитку може функціонувати в діапазонах електромагнітного спектра зеленого, світлосяюче-зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл. **Голографічна єдність** жовтого 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, моральні, емоційні, етичні, естетичні, ПСІ-феноменальні, духовні, душевні та окремі божественні здібності людини та їх **прояви** у фізичному світі Землі, в Духовному Бутті, в усіх необхідних для людини інформаційно-енергетичних рівнях людського життя та інформаційно-енергетичних полях зовнішнього середовища. Це дає можливість жовтому тілу впливати на розвиток, вдосконалення і проявлення всіх властивостей, особливостей, здібностей, функцій 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 жовтого тонкоматеріального тіла впливають на розвиток людини, її тіл, властивостей, особливостей, здібностей, функцій, функціональних можливостей, стан здоров'я, характер фізіологічних, психічних, інтелектуальних, ментальних, моральних, емоційних, етичних, естетичних, ПСІ-феноменальних, духовних, антидуховних та відповідних соціальних проявів.

Продовження у випуску 36(102)

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. Vasil'čuk Anatolij. Enioanatomie jemnohmotných těl člověka / Monografie. – Skalica: Elena Mikúšová MM, 2009. – 1 144 s., 407 barevných obrázků.
5. Vasil'čuk Anatolij. Enioanatomický výkladový slovník. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 r. – 1 592 s.
6. Vasil'čuk Anatolij. Enioanatomický obrazový slovník. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 r. – 784 s.
7. Vasil'čuk Anatolij. Mezioborový slovník eniologie. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 r. – 400 s.
8. Vasilchuk Anatolij. The Enioanatomy of Human Subtle Bodies / Monograph. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 y. – 684 s.; il.

**СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ІНФАРКТУ МОЗКУ –
ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРОГО.**

В статті викладено інформацію про найважчу проблему людства –інфаркт мозку, який призводить до глибокої інвалідизації, надовго знижує якість життя пацієнта, а тому потребує знань про діагностику та наслідки.

Ключові слова: мозковий інсульт, перфузія головного мозку, якість життя.

В статтє изложено информацию о наиболее тяжелой проблеме человечества – мозговом инсульте, который приводит к инвалидизации и снижению качества жизни пациента, а именно поэтому нуждается в знаниях диагностики и последствий.

Ключевые слова: мозговой инсульт, перфузия головного мозга, качество жизни.

The article presents information about the most difficult problem of mankind - stroke, which results in death, disability deep, permanently reduces the quality of life and requires knowledge about the diagnosis and consequences.

Key words: cerebral stroke, perfusion of the brain, quality of life.

Актуальність. Щорічно у високорозвинених країнах на кожні 10 000 осіб припадає 25 - 30 випадків інфаркту. Зі 100 хворих інсультом 35-40 осіб гинуть в перші 3-4 тижні. У всьому світі смертність від ішемічного інфаркту головного мозку неухильно зростає, і на сьогоднішній день за кількістю летальних наслідків це захворювання займає друге місце після ішемічної хвороби серця. Вчені світу прогнозують збільшення кількості інсультів впродовж наступних 10 років у 1,5 рази.

В Україні щороку діагностують понад 120 тис. інсультів, що за чисельністю дорівнює населенню середнього обласного міста. У 2009 р. в Україні зареєстровано 105 836 пацієнтів з МІ, з них – 35,5% працездатного віку. Якщо не змінити ситуацію в нашій державі, то кожен п'ятий житель країни помре від інсульту, кожен п'ятий, що переніс інсульт, буде потребувати сторонньої допомоги. Мабуть обізнаність про причини розвитку інсульту, особливості клінічної картини, перебіг, швидка діагностика, а отже можливість прогнозування наслідків цієї недуги потребують знань не тільки для лікарів - неврологів, але і суміжних спеціалістів.

Завдяки застосуванню сучасних методів нейровізуалізації (нативна комп'ютерна томографія, перфузійне дослідження кровотоку в першу добу, магнітно-резонансна томографія, ультразвукова доплерографія, церебральна ангіографія) - проблема розвитку, діагностики та прогнозування МІ повинна бути передбачливою та прогнозованою. Захворювання, лікування якого раніше було проблематичним, тепер потребує тісної співпраці фахівців невідкладної допомоги, сімейних лікарів, кардіологів, неврологів, нейрохірургів, реабілітологів та інших спеціалістів, для покращення якості життя пацієнта та його близьких.

Інфаркт головного мозку - раптовий розлад мозкового кровообігу, що виникає внаслідок раптової ішемії головного мозку, супроводжується структурними та морфологічними змінами в тканинах мозку і стійкими органічними неврологічними симптомами.

Для діагностики та встановлення інфаркту головного мозку необхідно:

- огляд невролога, аналіз скарги хворого, анамнез захворювання, життя, спадковість; шкідливі звички

- загальноклінічне дообстеження — консультації суміжних спеціалістів для виявлення захворювань, що можуть бути причинами інсульту або обтяжують його перебіг;
- нейровізуалізаційні обстеження головного мозку (КТ, МРТ тощо) для визначення типу, локалізації та поширеності інсульту;
- дослідження, що дають змогу оцінити кровотік (ультразвукове дослідження (УЗД) сонних артерій, ангіографія);
- дослідження гемокоагуляційних розладів;
- електрокардіографія, ехокардіографія для виявлення серцевих джерел тромбів;
- визначення факторів ризику (моніторинг АТ та ЧСС, рівень глюкози в крові в динаміці, шкідливі звички з анамнезу).

Клінічно інфаркт головного мозку характеризується раптовою появою стійкої (більше 24 год) вогнищевої симптоматики залежно від ураженого судинного басейну:

геміпарез чи геміплегія, сліпота на одне око, розлади чутливості за гемітипом, дефекти полів зору, афазія, апраксія, агнозія, розлади рівноваги та координації рухів тощо; та загально-мозкової симптоматики (біль голови, запаморочення, шум у вухах, перепади АТ, розлади сну, емоційна нестабільність, дратівливість, швидка втома), яка утримується значно довше.

75% випадків інфаркту головного мозку виникають в басейні середньої мозкової артерії. Причиною оклюзії СМА є: патологія серця (недостатність клапанів та септичні стани), фібриляція передсердь, перенесений інфаркт міокарду. Закупорка СМА може виникнути на будь-якому її рівні, що значною мірою вказує на клініку інфаркту мозку в окремому випадку. Ураження головного стовбура СМА: тотальний інфаркт, що характеризується: геміплегією, геміанестезією, геміанопсією з протилежного боку, парезом погляду та моторною або тотальною афазією. Інфаркт в басейні глибоких гілок лівої СМА викликає розвиток: спастичної геміплегії, центрального парезу м'язів та язика, інколи геміанестезії та завжди моторної афазії. Інфаркти в басейні глибоких гілок лівої СМА супроводжуються: сенсорною афазією, аграфією, акалькулією, апраксією. Для ураження правої СМА найчастішим є апракто-агнозійний синдром (апраксія, анозогнозія, автотопагнозія).

Близько 70% всіх ішемій головного мозку пов'язане зі зниженням регіональної перфузії, тому виявлення мозкового інсульту у перші години, топографічна локалізація й уточнення об'єму ураженої ділянки головного мозку - одна з проблем неврології.

Частково цю проблему вирішує нативна КТ головного мозку; рання діагностика мозкового інфаркту головного мозку можлива завдяки методам дослідження кровотоку в мікроциркуляторному руслі за допомогою перфузійної КТ чи мСКТ, дифузійнозважених МРТ, а також, сцинтиграфії головного мозку та ін.

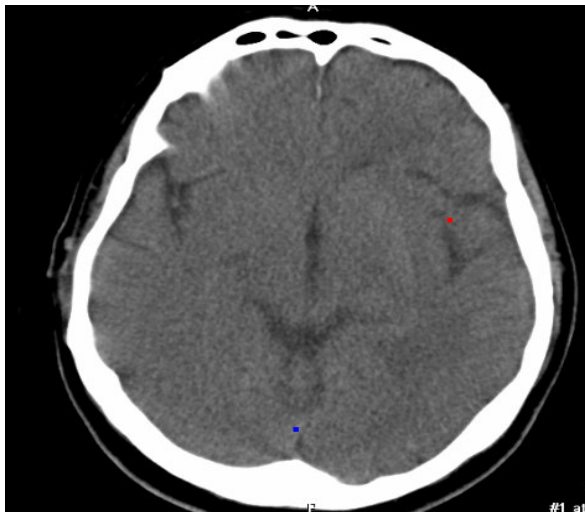
При правопівкулевих ураженнях - кровотік у вогнищі ішемії достовірно нижчий за такий, що є в симетричній інтактній зоні. При лівопівкулевих ураженнях спостерігається відновлення симетрії кровотоку. Правопівкулеві пошкодження структур головного мозку (сенсомоторної кори, гіпокампі і т.д.) завжди призводять до серйозніших наслідків, ніж лівопівкулеві пошкодження. Саме правобічні ураження головного мозку з найбільшою вірогідністю є причиною летального наслідку. Повторні інфаркти головного мозку спостерігаються частіше при ішемічному ураженні правої півкулі.

Клінічні дослідження показали, що у хворих після інфаркту головного мозку сприятливіший результат, успішніше відновлення ЕЕГ і клінічних показників спостерігають при лівопівкульному ураженні в порівнянні з правопівкульним.

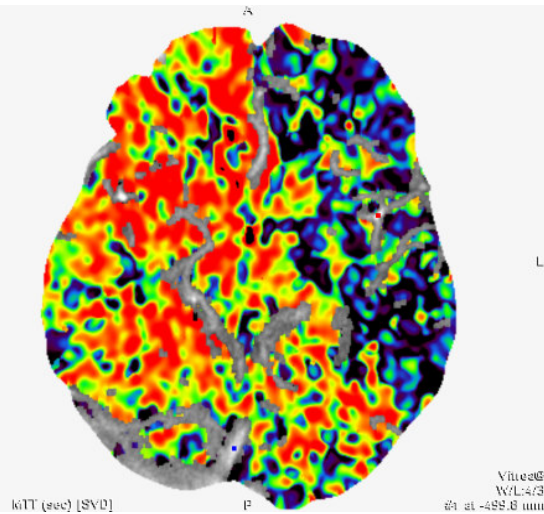
Клінічний випадок: хв. Б., 1933 р.н. надійшов у неврологічне відділення ЛОКЛ, зі слів родичів, з втратою мови, розладами рухів та зниженням м'язової сили в правих кінцівках. Такий стан виник за день до госпіталізації. При огляді: свідомість збережена. Очні щілини однакові, конвергенція послаблена з обох боків. Обличчя асиметричне: згладжена ліва носогубна складка, девіація язика вліво. Ковтання не порушене. Моторна афазія. М'язова сила, рухи знижені в правих кінцівках, сухожилкові та періостальні рефлексивні вищі справа. Рефлекс Бабінського справа. Чутливих розладів не виявлено. Менінгеальних симптомів нема.

КТ головного мозку (мал.2) проведено через 4 дні: інфаркт головного мозку в басейні правої середньої мозкової артерії, судинна енцефалопатія, ознаки атрофії головного мозку.

Після стацілювання: мінімальний правобічний геміпарез, виражена моторна афазія. КТ головного мозку (мал. 2) проведено через 4-и дні: раптовий розлад мозкового кровообігу в басейні правої середньої мозкової артерії, судинна енцефалопатія, атрофічні зміни головного мозку. Спостереження за хворим триває.



Малюнок 1. Нативна КТ головного мозку на 4-ту добу захворювання.



Малюнок 2: Перфузійна КТ головного мозку на 4-ту добу захворювання

Висновки:

1. Дані нативної КТ головного мозку можуть вказувати на мозковий інфаркт головного мозку в 70-100% випадків в першу добу захворювання.
2. Перфузійна КТ головного мозку дозволяє детально вивчити зміни на рівні капілярного кровотоку, що відбуваються на ранніх стадіях інфаркту головного мозку (тобто в першу добу захворювання).
3. В клінічній практиці перфузійна КТ дозволяє з мінімальними затратами не тільки діагностувати мозковий інфаркт головного мозку у будь-якого пацієнта в перші години після появи клінічних симптомів, але й визначити співвідношення життєздатної тканини і незворотніх змін речовини мозку.
4. мСКТ не тільки визначає мозковий кровотік, але є потужним інструментом для вивчення патофізіології інфаркту головного мозку.

5. Високий рівень ранньої діагностики повинен корелювати з об'ємом лікувальної тактики, направленої на мінімізацію вогнища ішемії, а отже на покращення якості життя хворого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ананьева Н.И., Трофимова Т.Н. КТ- и МРТ-диагностика острых ишемических инсультов.- СПб. : Изд.дом СПб МАПО, 2005.-136с.
2. Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии с позиций системного подхода // Патол. физиология.- 2001. - №1. – С.23-25.
3. Виберс Д., Фейгин В., Браун Р. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям. – М.: Изд-во БИНОМ, 1999. – 672с.
4. Віничук С.М. Судинні захворювання нервової системи. – К.: Наукова думка, 1999. – 250с.
5. Винницький О.Р. Судинні захворювання мозку. – К.: Здоров'я, 1987. – 152с.
6. Голдбергер Э. Л., Ригни Д. Р., Уэст Б. Д. Хаос и фракталы в физиологии человека//В мире науки. – 1990. - №4. – С.25-32.
7. Гусев Е.И. Приоритетные клинические исследования в неврологии//Вестн. РАМН. – 2003. - №9.– С.6-10.
8. Исследование тканевой перфузии головного мозга методом компьютерной томографии/ В.Н.Корниенко, И.Н.Пронин, О.С.Пьяных, Л.М.Фадеева// Медицинская визуализация.- №2.-2007.-с.70-81.
9. Carotid Perfusion CT with Balloon Occlusion and Acetazolamide Challenge Test: Teasibility/ Rajan Jain, MD at all. Radiology.- 2004.- vol.231.-№3.-р.- 906-913.

Ю.О. МАТВИЄНКО

КОМПЛЕКСНИЙ РЕГІОНАРНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ (ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ)

Ця оглядова стаття присвячена комплексному регіонарному больовому синдрому – захворюванню нервової системи, котре часто є коморбідне із багатьма соматичними розладами і залишається діагностичним викликом для медиків.

Ключові слова: комплексний регіонарний больовий синдром, класифікація, патогенез, клінічна картина, діагностика, лікування

Эта обзорная статья посвящена комплексному регионарному болевому синдрому - заболеванию нервной системы, которое часто коморбидно с многими соматическими состояниями и остается диагностическим вызовом для медиков.

Ключевые слова: комплексный регионарный болевой синдром, классификация, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение

The review is dedicated to complex regional pain syndrome – neurological disease that often is comorbid with numerous somatic disorders and represents diagnostic challenge for doctors.

Key words: complex regional pain syndrome, classification, pathogenesis, clinical picture, diagnostics, treatment

Огляд проблеми

Термін “комплексний регіонарний больовий синдром” (КРБС) стосується хронічного стану, що проявляється вираженим постійним болем у кінцівці в поєднанні з локальними

вегетативними розладами (набряк) і трофічними порушеннями (остеопороз), які виникають найчастіше після травми.

Історія проблеми

У 1855 р. М. Пирогов описав інтенсивні болі пекучого характеру в руках і ногах, котрі супроводжувалися вираженою гіперестезією, вегето-трофічними симптомами і спостерігалися в солдатів через певний час після поранення. Він означив такі порушення як “посттравматичну гіперестезію”. Через 10 років американські хірурги S. Mitchell, G. Morehouse і W. Keen описали аналогічну клінічну картину пекучих болів, гіперпатії, трофічних розладів у пошкоджених кінцівках у солдатів, що брали участь у громадянській війні в США. Ці стани Mitchell спочатку означив як “еритромелалгію”, а згодом — “каузальгію”. У 1900 р. Sudeck описав подібні прояви в поєднанні з остеопорозом і назвав такий стан “дистрофією”. Надалі багато авторів згадувало подібні клінічні феномени і пропонували різні терміни: “гостра кісткова атрофія”, “альгонеуродистрофія”, “гострий трофічний невроз”, “посттравматичний остеопороз”, “посттравматична симпаталгія” та ін. У 1947 р. O. Steinbrocker описав синдром “плече-кисть”: біль, набряк, трофічні розлади на руці, що виникають після інфаркту міокарда, інсульту, травми і запальних захворювань. Тоді ж J. Evans запропонував для означення синдромів, котрі проявляються постійним пекучим болем, явищами гіперестезії, гіперпатії, алодинії в поєднанні з набряком, змінами кольору шкіри, остеопорозом та іншими трофічними порушеннями, термін “рефлекторна симпатична дистрофія” (РСД), котрий донедавна був загальноновизнаним (табл. 1).

Таблиця 1. Еволюція термінів, що характеризують комплексний регіонарний больовий синдром (КРБС)

Рік	Термін	Автори
1855	Травматична гіперестезія	Пирогов
1864	Еритромелалгія	Mitchell
1867	Каузальгія	Mitchell
1900	Атрофія	Sudeck
1929	Периферичний гострий трофоневроз	Verth
1931	Травматичний ангіоспазм	Morton, Scott
1933	Посттравматичний остеопороз	Fontaine, Hermann
1934	Травматичний вазоспазм	Lehman
1937	Рефлекторна дистрофія кінцівок	De Takats
1940	Мала каузальгія	Homans
1947	Рефлекторна нейроваскулярна дистрофія (синдром “плече-кисть”)	Steinbrocker
1947	Рефлекторна симпатична дистрофія	Evans
1967	Рефлекторна альгодистрофія	Serre
1994	Комплексний регіонарний больовий синдром	Merskey, Bogduk

Спроба оцінити участь вегетативних утворів у походженні больових синдромів з вегетативно-трофічними розладами привела до створення концепції “гангліонітів”, яка була поширена в радянській неврології в 40–60-ті роки. Згідно з цією концепцією, такі порушення можуть виникати при ураженні симпатичних структур, головним чином паравертебральних симпатичних вузлів. Оскільки найважливішою причиною патологічного залучення вегетативних гангліїв різні автори вважали інфекцію, то патологічний процес розглядали як

гангліоніт, тобто хронічний запально-дегенеративний процес в окремих симпатичних гангліях, або туніт — одночасне ураження багатьох гангліїв межового симпатичного стовбура. Вибір ганглію як морфологічного субстрату хвороби відповідав необхідності пояснити одночасне існування як власне болю, так і гетерогенних судинних і трофічних порушень. Біль пов'язували з ушкодженням аферентних вегетативних волокон ганглія, а судинно-трофічні симптоми — із залученням еферентних симпатичних нейронів, причому ту чи іншу топографію больових і вегетативних розладів пояснювали парціальною, дисемінованою або іншого типу деструкцією ураженого вузла. Незважаючи на подібний механістичний підхід до пояснення патогенезу, багато вчених на значному клінічному матеріалі описали характерні особливості патологічних станів, що їх вони розглядали, які відповідають сучасному клінічному опису КРБС.

Таким чином, можна визнати, що різні неврологічні школи прийшли до опису клінічно єдиного синдрому, при якому провідними проявами є три групи симптомів: 1) пекучі, інтенсивні, стійкі болі з гіперестезією, гіперпатією, алодинією; 2) вегетативні симпатичні вазомоторні (набряк, ціаноз та ін.) і судомоторні (гіпогідроз, гіпергідроз) порушення; 3) дистрофічні зміни шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, зв'язок, кісток (остеопороз).

Класифікація КРБС

У 1994 р. для означення локальних больових синдромів, що поєднуються з вегетативними і трофічними порушеннями, було запропоновано новий термін — “комплексний регіонарний больовий синдром” (КРБС). Виділяють три його типи (Janig W., Stanton-Hicks M., 1996). *КРБС I типу* формується при різних ноцицептивних ушкодженнях, котрі не супроводжуються ураженням периферичного нерва (цей тип співвідносний із застарілим терміном “рефлекторна симпатична дистрофія”). Про *КРБС II типу* говорять при розвитку синдрому внаслідок пошкодження периферичного нерва (верифікованого нейроміографічно). Цьому типу відповідає раніше поширений термін “каузальгія”. До *КРБС III типу* зараховують випадки, що не відповідають клініко-діагностичним критеріям I і II типів.

Термін “симпатично зумовлений біль”, що відображає зв'язок болю з симпатичними механізмами, було винесено за межі діагнозу КРБС. Біль зараховують до цієї категорії в разі його регресу після симпатичної блокади або прийому симпатолітиків. Він може виникати як при КРБС, так і при інших захворюваннях (герпес, фантомні болі, поліневропатії, невральгії) і не є винятковим критерієм діагнозу КРБС.

Етіологія

Причини, спроможні призвести до розвитку КРБС, наведено в таблиці 2. Можна помітити, що деякі з них є однаковими для КРБС як I, так і II типів. Проте, як уже було сказано, діагностичним критерієм зарахування до конкретного з них є показник швидкості проведення імпульсів по периферичному нерву: нормальна швидкість при КРБС I типу, знижена — при КРБС II типу.

Таблиця 2. Причинні фактори ранніх варіантів КРБС

КРБС I типу	КРБС II типу	КРБС III типу
Травма кінцівки Переломи, вивихи, розтягнення Фасціїт, бурсит, лігаментит Тромбози вен і артерій Васкуліт	Синдроми здавлення Тунельні синдроми Радикулопатії Плексопатії Невропатії	Інсульт Пухлини головного мозку ЧМТ Спінальна травма Сирингомієлія Боковий аміотрофічний склероз Розсіяний склероз

Отже, причин КРБС досить багато. Найчастішими є периферичні ушкодження і порушення. Проте не до кінця ясно, чому при високій частоті в загальній популяції вищеназваних периферичних захворювань синдром КРБС виникає рідко. Причому помічено, що він частіше трапляється при нетяжких травмах, ніж при тяжких. У частині випадків етіологія КРБС залишається нерозпізнаною.

Унаслідок багатоманітності причин розвитку КРБС, існуючій невизначеності термінології й діагностичних критеріїв синдрому точно встановити його частоту не вдається. Наприклад, у роботі D.M. Pittman, M.J. Belgrade (1997) засвідчено, що при ушкодженнях периферичного нерва КРБС розвивається в 1–5% випадків. Однак при переломах кісток передпліччя і гомілки цей показник сягає 30%.

Співвідношення за статтю, віком, перебігом КРБС уточнено не до кінця. Найбільш поширеною точкою зору є визнання факту переважання серед хворих на КРБС жінок (3:1). Віковий діапазон коливається від 4 до 80 років. КРБС на нижніх кінцівках трапляється в 58%, на верхніх — в 42% випадків. Залучення кількох анатомічних зон виникало в 69% спостережень. Описано випадки локалізації КРБС на обличчі. Є рідкісні повідомлення про сімейний характер захворювання.

Теорії патогенезу

Патогенез КРБС залишається невідомим. Існують різні концепції, що відображають головним чином механізми формування болю і вегетативних порушень, проте жодна з них не може пояснити всі прояви цього синдрому. Вищенаведена нова класифікація КРБС з'явилася головно внаслідок незадоволення розробкою патогенетичних механізмів рефлексорної симпатичної дистрофії. Серед дискутованих найбільш розпрацьованими є гіпотези щодо КРБС II типу, коли верифіковано пошкодження периферичного нерва.

У походженні КРБС II типу дискутується можливість посттравматичної аберантної регенерації між аферентними (сенсорними) й еферентними (вегетативними) волокнами, унаслідок чого перші отримують додаткову стимуляцію, що призводить до посилення потоку больових імпульсів у спинний мозок, підвищення активності прегангліонарних нейронів бічних рогів спинного мозку і подальшого подразнення сенсорних волокон активованими постгангліонарними симпатичними нейронами через аберантні волокна. Ймовірно, за участю цього механізму при КРБС проведення симпатичних блокад є ефективним, бо перериває сенсорно-вегетативне замкнуте коло і зменшує біль. Саме позитивний ефект таких блокад привів деяких авторів до ідеї домінуючої ролі (гіперактивності) симпатичної нервової системи в патогенезі КРБС і виділення так званого “симпатично зумовленого болю”. Проте більшість учених доводять, що її роль не настільки однозначна. Приблизно у 50% випадків симпатичні блокади при КРБС I і II типів неефективні. У різних клінічних варіантах усіх трьох типів цього стану участь симпатичних механізмів може бути різною, що підкреслює патофізіологічну гетерогенність синдрому. Симпатично зумовлені болі, тобто випадки, коли наявний зв'язок больового феномену з вегетативними симпатичними механізмами, можуть спостерігатися не лише при КРБС, а й при інших розладах.

Згідно з іншою гіпотезою, при травмі периферичних нервів у результаті зниження сенсорного “входу” порушується співвідношення тонічного і фазового контролю ворітної системи і підвищується вірогідність самопідтримуваної нейрональної активності. Висунуто постулат, що тривалий біль може залишати “мнестичні сліди” в мозку, роблячи людину чутливішою до повторного подразнення.

Ще одна теорія, яка має численні експериментальні підтвердження, припускає, що ділянки демієлінізації або ушкодження аксона стають ектопічними пейсмейкерами з різко збільшеним числом альфа-адренорецепторів, які збуджуються спонтанно, рівномірно, а також у відповідь

на будь-які зрушення деполаризації. Циркулюючий або вивільнений з симпатичних закінчень норадреналін активує ектопічні пейсмейкери.

Згідно з найостаннішою концепцією, при КРБС особливе значення має активація спінальних нейронів так званого широкого діапазону, що беруть участь у передачі ноцицептивної інформації. Вважають, що після травми за допомогою С-волокон відбувається інтенсивне збудження цих клітин, що й призводить до їх сенсibiliзації. Надалі навіть слабкі аферентні стимули, діючи на згадані нейрони, викликають потужний ноцицептивний потік.

Патогенез моторних симптомів при КРБС (тремор, м'язові спазми, дистонія) нині незрозумілий. Існує припущення про те, що дистонія є результатом деполаризації клітин передніх рогів унаслідок дії на них субстанції Р, що у великій кількості виділяється при цьому розладі.

У формуванні остеопорозу беруть участь декілька механізмів. Мінеральний склад кістки на 80–85% складається з фосфорно-кальцієвих сполук. Розлади мікроциркуляції при КРБС зумовлюють гіпоксію, ацидоз і накопичення в крові кислих продуктів метаболізму. Підвищена концентрація останніх призводить до посиленого розпаду фосфорно-кальцієвих сполук у кістці, тобто до власне остеопорозу.

Плямистий характер останнього, спостережуваний зазвичай на перших етапах захворювання, пов'язаний з домінуванням процесів лакунарного розсмоктування кісткової тканини. Важливим чинником у розвитку остеопорозу є іммобілізація. В одних випадках вона пов'язана з вираженим болем, в інших може бути зумовлена причинним захворюванням (наприклад парезом або плегією після інсульту) або лікувальною тактикою (іммобілізацією після переломів). У всіх варіантах зняття фізичного навантаження і тривала знерухомленість супроводжуються порушенням функції "електричного насоса" в живленні кісткових клітин, при цьому активуються остеокласти, що зрештою призводить до демінералізації кісток і формування остеопорозу.

Таким чином, хоча точні механізми синдрому КРБС недостатньо ясні, засвідчено можливі шляхи формування подібних клінічних проявів у рамках синдрому. Більшою мірою з'ясовано можливі механізми формування КРБС II типу, тобто в ситуаціях ушкодження периферичного нерва. Найменш вивченими залишаються механізми формування КРБС I і III типів за відсутності органічного ураження. Проте абсолютно очевидно, що при цьому стані за будь-якої етіології принципово важливу роль відіграють центральні, церебральні ноцицептивні й антиноцицептивні системи. Їхня роль особливо істотна при формуванні КРБС I і III типів. Це підтверджується вираженими дисоціаціями між високою частотою травматичних ушкоджень і відносною рідкістю розвитку КРБС, між локалізацією травми і поширенням симптомів, між тяжкістю ушкодження й інтенсивністю болю. Ще одним аргументом є наявність форм, при яких ушкоджуючий чинник виглядає непереконливим (наприклад розвиток захворювання через 4 місяці після помірного забою кінцівки) або коли виявити його не вдається. В аналізі патогенетичних механізмів КРБС надзвичайно важливо враховувати роль емоційних, особистісних, когнітивних та інших психологічних чинників. Тут доречно відзначити дослідження, у якому після декількох сеансів гіпнозу в пацієнтів повністю регресували всі прояви КРБС. Є й інші повідомлення про ефективність психотерапії в лікуванні останнього. У цьому контексті цікаво відзначити, що на тваринних моделях не вдається отримати цей синдром.

Клінічні прояви

Клінічні прояви КРБС усіх трьох типів ідентичні і складаються з трьох груп симптомів:

1. Біль.

2. Вегетативні вазомоторні й судомоторні порушення.
3. Дистрофічні зміни шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, зв'язок, кісток.

Біль. Характерною для КРБС є поява болю не відразу після ушкодження, а через певний проміжок часу (декілька днів, іноді — тижнів) і його персистування довше за звичайний період часу, потрібний для завершення процесів регенерації й одужання. Біль при КРБС частіше є спонтанним, має інтенсивний пекучий, колючий, пульсуючий характер. Дуже характерними є феномени гіперестезії й алодинії (поява або посилення болю при невеликому подразненні). Як правило, зона болю виходить за межі іннервації конкретного нерва. Нерідко він охоплює частину руки чи ноги або всю руку чи ногу. Описано випадки його міграції на іншу гомолатеральну чи контралатеральну кінцівку. Досить часто інтенсивність болю набагато перевищує тяжкість причинного ушкодження. Його посилення при емоційних навантаженнях, дії температурних чинників, русі, при переході з горизонтального у вертикальне положення (ортостатичний компонент), при щонайменшому дотику або навіть подиху є характерним для КРБС. У частини пацієнтів біль дещо редукується в повному спокої і після проведення регіонарної симпатичної блокади.

Вегетативні порушення при КРБС включають вазомоторні й судомоторні розлади. До перших зараховують головним чином набряк, вираженість якого може варіювати, а також порушення периферичного кровообігу (вазоконстрикторні й вазодилататорні реакції), шкірної температури, зміни кольору шкіри. Судомоторні розлади проявляються симптомами локального підвищеного (гіпергідроз) або зниженого потовиділення (гіпогідроз). На початкових стадіях уражена кінцівка виглядає набряклою, гіперемійованою, теплою і сухою на дотик. Надалі набряк стає щільнішим, кінцівка — ціанотичною, холодною і вологою. Таким чином, вегетативні порушення на початкових етапах хвороби представлені симптомами симпатичної недостатності, а їх трансформація надалі, можливо, пов'язана з феноменом постденерваційної гіперчутливості.

Дистрофічні зміни при КРБС характерні для більш пізніх етапів розвитку синдрому. Вони можуть охоплювати практично всі тканини кінцівки. Відзначаються зниження еластичності шкіри, гіперкератоз, зміни волосяного покриву (локальний гіпертрихоз) і росту нігтів, атрофія підшкірної клітковини і м'язів, контрактури, знижена мобільність суглобів. Одним з найхарактерніших проявів є демінералізація кісток і розвиток регіонарного остеопорозу в ураженій кінцівці.

При КРБС інколи спостерігаються такі рухові порушення, як тремор, м'язові спазми і дистонія — їх частоту і механізми остаточно не встановлено.

Психологічні особливості. Особливу увагу слід звертати на стан емоційно-особової сфери таких хворих. Засвідчено, що особи з КРБС відзначаються емоційною лабільністю, високою тривожністю, схильністю до іпохондричних і депресивних проявів. В анамнезі цих пацієнтів достовірно частіше, ніж в аналогічних хворих із травмами, але без КРБС, відзначалися тяжкі психотравмуючі ситуації й емоційний дистрес. Остаточно неясно, чи ці психічні зміни є реакцією на сформований КРБС, чи вони передують і сприяють її розвитку.

Диференціально-діагностичні критерії КРБС I і II типів. Незважаючи на ідентичність клінічних проявів КРБС I і II типів, існують деякі особливості, які відображено в таблиці критеріїв диференціального діагнозу цих форм (табл. 3).

Таблиця 3. Критерії диференціального діагнозу КРБС		
Критерій	КРБС I типу	КРБС II типу
<i>Етіологія</i>	Будь-яке пошкодження	Часткове пошкодження нерва
<i>Локалізація</i>	Дистальна частина кінцівки	Будь-яка периферична ділянка
<i>Розширення зони патологічного процесу</i>	Часто	Рідко
<i>Спонтанний біль</i>	Часто Переважно глибокий Посилення при вставанні	Облігатний симптом Переважно поверхневий
<i>Механічна алодинія</i>	У більшості хворих тенденція до поширення	Завжди в зоні пошкодження нерва
<i>Вегетативні симптоми</i>	У дистальних відділах, тенденція до поширення	У зоні пошкодження нерва
<i>Моторні симптоми</i>	У дистальних відділах	У зоні пошкодження нерва
<i>Сенсорні симптоми</i>	У дистальних відділах, тенденція до поширення	У зоні пошкодження нерва

Стадії КРБС. Враховуючи варіабельність деяких вищеописаних клінічних проявів, автори виділяють три стадії перебігу КРБС, що розвиваються після периферичної травми (I і II типи КРБС). Розрізняють першу, другу (дистрофічну) і третю (атрофічну) стадії. Характерним для КРБС є розвиток ініціюючих симптомів не відразу, а через деякий час після травми (2–4 тижні). Першими з'являються виражений набряк та інтенсивний пекучий біль з усіма вищеописаними особливостями (гіперестезія, алодинія та ін.). Поступово приєднуються зміни з боку шкіри, нігтів, підшкірної клітковини. Може відзначатися гіпергідроз. Через 3–6 місяців настає друга стадія, що характеризується деяким стиханням болю і наростанням дистрофічних змін у тканинах ураженої кінцівки. На цьому етапі відзначають гіпотрофію шкіри і м'язів, гіпогідроз, ригідність суглобів, рентгенологічно визначається регіонарний остеопороз. Тривалість цієї стадії може варіювати від 3 до 6 міс. В останній стадії КРБС біль зберігається або зменшується, а домінуючими стають дистрофічні й атрофічні розлади: атрофія шкіри, контрактури м'язів і сухожиль; різко порушується рухова функція, виявляють дифузний остеопороз. У цій стадії прогноз для відновлення поганий.

Слід підкреслити, що, незважаючи на вказані особливості еволюції КРБС за стадіями, формування і розвиток тих або інших вегетативно-трофічних розладів можуть бути різними. Головним критерієм у діагностиці є постійний пекучий, інтенсивний біль з характерними феноменами гіперестезії та алодинії. Щодо динаміки больового синдрому існують різні думки. Одні дослідники вважають біль характерним тільки для гострої стадії, інші допускають різні варіанти перебігу, коли він може зберігатися і навіть посилюватися в кінцевій стадії. Як правило, на перших етапах захворювання інтенсивність болю вища, ніж на пізніх стадіях, коли домінуючими є дистрофічні порушення в ураженій кінцівці (м'язові контрактури, остеопороз та ін.).

Особливості КРБС у дітей і дорослих

Певні клінічні відмінності КРБС виявлено в дітей і дорослих (табл. 4). Попри те, що цей стан описано в дітей 3- і 5-річного віку, найчастіше захворювання починається в пубертатному віці й переважає серед дівчаток. Тільки в 50% випадків вдається повністю позбавити дітей від страждань, в інших випадках захворювання переходить у форму тяжкокурабельного хронічного больового синдрому.

Таблиця 4. **Особливості проявів КРБС у дітей та дорослих**

Ознака	Діти	Дорослі
Локалізація	Нижні кінцівки (5:1)	Верхні кінцівки
Спонтанний біль	Характерний	Характерний
Механічна алодинія	У більшості хворих	У більшості хворих
Стать	Переважають особи жіночої статі (4:1)	Переважають жінки
Психопатологічні аспекти	Можливий зв'язок КРБС із психосоціальними факторами	Психіатричну патологію не підтверджено
Сцинтиграфія кісток	Суперечливі дані	Посилене захоплення радіонуклідів в ураженій кінцівці
Стратегія лікування	Часто добрий ефект від фізіотерапії і психотерапії	Рекомендують симпатичні блокади в гострому періоді
Терміни лікування	Тривалість захворювання не впливає на терміни початку терапії	Рекомендують симпатичні блокади в гострому періоді
Техніка симпатичних блокад	Введення анестетика через катетер	Серія блокад

Діагностика

Параклінічні дослідження при КРБС використовують для оцінки стану вегетативних та трофічних функцій та аналізу больових феноменів.

За допомогою термографії можна виявити зміни шкірної температури на ураженій кінцівці, що відображає периферичні вазомоторні й судомоторні порушення. Вираженість набряку запропоновано вимірювати за кількістю витісненої води при зануренні обох рук або ніг у посудину з водою. Зміни потовиділення визначають за допомогою кількісного судомоторного тесту (QSART). Для оцінки судомоторної функції в таких хворих можна використати метод викликаних шкірних симпатичних потенціалів (ВШСП). На ураженій кінцівці відзначається достовірне збільшення латентних періодів і зниження амплітуд ВШСП порівняно із здоровою стороною, що вказує на порушення проведення імпульсів в еферентній ланці симпатичного судомоторного шляху на ураженій стороні. Дослідження ноцицептивного флексорного рефлексу (R III) у цих пацієнтів виявляє зростання порогів суб'єктивного больового сприйняття і порогів ноцицептивного флексорного рефлексу. Ці результати дозволяють припустити участь ноцицептивних і антиноцицептивних систем в генезі болю при КРБС. Зокрема, можна припускати, що у хворих хронічний біль зумовлений дефіцитом антиноцицептивної активності. Проте залишаються недостатньо вивченими конкретні механізми, що лежать в основі порушення функцій антиноцицептивних систем при КРБС.

Рентгенологічне дослідження кісток обов'язкове для всіх таких хворих. На ранніх етапах хвороби визначається плямистий періартикулярний остеопороз; у процесі прогресування

захворювання він стає дифузним. Використовується також радіонуклідна сцинтиграфія, що дозволяє кількісно судити про стан кісток, проте інформативність цього методу досі не визначено.

Терапія

Терапія синдрому КРБС включає методи усунення болю; заходи, спрямовані на нормалізацію вегетативних симпатичних функцій, і лікування фонового захворювання або порушення, що викликало цей синдром. Одним із найістотніших і найважчих терапевтичних аспектів є уривання больового синдрому. Якщо вдається редукувати біль, то, як правило, спостерігається регрес вегетативних і трофічних порушень.

Блокади. Для усунення болю при КРБС традиційно використовуються регіонарні блокади симпатичних гангліїв за допомогою місцевих анестетиків (лідокаїн, ксилокаїн). Зазвичай проводять серію блокад. При усуненні болю нормалізуються вазомоторні й судомоторні вегетативні функції. Запропоновано також так звані внутрішньовенні регіонарні блокади за Віром — внутрішньовенне введення гуанетидину — препарату, що виснажує запаси норадреналіну в симпатичних терміналях. Джгут накладають вище передбачуваного місця ін'єкції, потім вводять препарат і залишають джгут ще на 15–20 хв. Для внутрішньовенних блокад на верхній кінцівці рекомендують 10–20 мг гуанетидину з 500 ОД гепарину на фізіологічному розчині загальним об'ємом 25 мл; для нижніх кінцівок — 20–30 мг гуанетидину з 1000 ОД гепарину на фізіологічному розчині загальним об'ємом 50 мл. Після ін'єкції іноді спостерігається посилення болю, пов'язане, ймовірно, з механізмом дії гуанетидину, що викликає спочатку вивільнення норадреналіну з симпатичних закінчень. Для запобігання цим реакціям рекомендують додавати до складу суміші, що вводиться, 0,5–1% розчин лідокаїну або іншого місцевого анестетика. Зазвичай рекомендують проведення кількох курсів таких блокад. Разом з гуанетидином для внутрішньовенного введення використовують резерпін у дозі 1,25 мг у 50 мл фізіологічного розчину.

Фармакотерапія. Для лікування КРБС застосовують різні групи медикаментів. Одним із методів є використання різних місцевоанестезуючих, протизапальних мазей, що містять капсаїцин — речовину, яка виснажує запаси субстанції Р в шкірі і зменшує біль. Добрий ефект мають також аплікації димексиду (диметилсульфоксиду), що чинить знеболюючу дію, проникаючи вглиб тканин. Більш виражений анальгезуючий ефект досягається при аплікації димексиду разом із місцевим анестетиком.

Застосування при КРБС простих анальгетиків (парацетамол, аспірин) і їх комбінацій з іншими препаратами (кофеїн, кодеїн) ефективно лише на час їх прийому. Ці засоби не слід призначати на тривалий час.

У лікуванні больового синдрому при КРБС доведено високу ефективність антиепілептичних препаратів (карбамазепін 600 мг/день, габапентин 600–900 мг/день, депакін 1000–1500 мг/день). Є позитивний досвід застосування ламотриджину, що має антиглютаматну активність. Показані також центральні міорелаксанти, що мають антиноцицептивну активність (баклофен 20–25 мг/день, сирдалуд 6–8 мг/день). При помірних болях у поєднанні з вегетативними порушеннями і набряком доцільне проведення короткого курсу лікування (2–3 тижні) нестероїдними протизапальними препаратами (ібупрофен, вольтарен, мелоксикам). При інтенсивних болях застосування цих препаратів малоефективне.

Враховуючи хронічний характер болю при КРБС, рекомендується застосування психотропних препаратів, насамперед антидепресантів. Трициклічні антидепресанти (амітриптилін 10–25 мг/день) та інгібітори зворотного захоплення серотоніну (флуоксетин, пароксетин, сертралін, циталопрам) призначають курсами по 1,5–3 міс. Крім того, у ряді випадків, зважаючи на провідний психопатологічний синдром, використовують нейролептики

(сонапакс 20–30 мг/день — при іпохондричних розладах) і транквілізатори (клоназепам — 1,0–1,5 мг/день при тривожних порушеннях) упродовж 1–2 міс.

Добрі результати лікування КРБС отримано при використанні кортикостероїдів у великих дозах (преднізолон 60–100 мг/день) упродовж 2 тижнів. Ймовірно, при виражених альгічних і вегетативних проявах застосування гормонів виправдане. У порівняльних дослідженнях засвідчено, що ефективність кортикостероїдів при КРБС вища, ніж інших фармакологічних засобів.

Для зменшення проявів симпатичної гіперактивності запропоновано використовувати гангліоблокатор ганглерон (120 мг/день), альфа-адреноблокатори фентоламін і феноксibenзамін (80 мг/день), бета-адреноблокатори (анаприлін 80 мг/день), блокатори кальцієвих каналів (ніфедипін 30 мг/день), центральні адренолітики (клонідин 10 мг/день).

При явищах набряку, ціанотичності шкірних покривів кінцівки доцільне призначення препаратів, що поліпшують венозний відтік (троксевазин 900 мг/день, глівенол 1200 мг/день, ескузан 2–3 драже на добу).

Немедикаментозне лікування. Істотним аспектом у лікуванні КРБС є якнайшвидша мобілізація кінцівки. Чим раніше вдається її активізувати, тим кращий прогноз. Традиційно для зменшення болю використовують голкорексфлексотерапію, черезшкірну електронейростимуляцію, магнітотерапію, електростимуляцію спинного мозку, ультразвукову терапію, інші види фізіотерапії, спрямовані на активізацію ендогенних антиноцицептивних систем організму. Згідно з різними даними, одним з ефективних способів лікування больового синдрому при КРБС є гіпербарична оксигенація (ГБО). Позитивний ефект утримувався впродовж 3–6 місяців після проведеного курсу лікування (10 сеансів).

Пацієнтам, у яких симпатичні блокади й інші види лікування неефективні або впливають тимчасово, проводять хірургічну або хімічну симпатектомію. Проте результати такої терапії не завжди успішні. Можливо, це стосується тих випадків, коли симпатичні механізми не є домінуючими в патогенезі КРБС.

Профілактика КРБС після травм кінцівок включає своєчасне й адекватне знеболення (проведення блоkad), призначення антибіотиків при вторинній інфекції. Навіть у разі необхідності іммобілізації кінцівки рекомендується якомога швидше розпочинати пасивні й активні помірні рухи. У цьому плані ефективні різні фізіопроцедури.

Розглянуті терапевтичні рекомендації прийнятні для пацієнтів з усіма трьома типами КРБС. Головним напрямом лікування в усіх випадках є усунення болю. Проте, враховуючи клінічні й патогенетичні особливості різних форм синдрому, слід підкреслити, що при КРБС I типу акцент у терапії має бути зроблений на застосуванні вегетотропних і психотропних препаратів, при КРБС II типу симпатичні блокади і місцеві анестетики ефективніші, ніж при інших типах, при КРБС III типу особливу увагу слід приділяти судинній, метаболічній терапії і різним методам фізіотерапії (кінезіотерапія, ГБО).

На жаль, спонтанні ремісії при КРБС спостерігаються вкрай рідко, і найчастіше захворювання поступово прогресує, призводячи до виражених трофічних розладів, емоційних порушень і соціальної дезадаптації. Навіть легкі випадки, як правило, перебігають кілька місяців. Досягти добрих результатів лікування можна, якщо призначити терапію в максимально ранні терміни від початку захворювання. Основою оптимального лікування КРБС є міждисциплінарний підхід, коли в одній команді працюють невролог, психолог, фізіотерапевт, анестезіолог і інші фахівці, реалізуючи комплексну програму лікування конкретного хворого. У загальномедичній практиці таку функцію виконують міждисциплінарні больові медичні центри.

ЛІТЕРАТУРА

1. Birklein F, O'Neill D, Schlereth T. Complex regional pain syndrome: An optimistic perspective. *Neurology*. 2015 Jan 6;84(1):89-96.
2. Borchers AT, Gershwin ME. Complex regional pain syndrome: a comprehensive and critical review. *Autoimmun Rev*. 2014 Mar;13(3):242-65.
3. Cooper MS, Clark VP. Neuroinflammation, neuroautoimmunity, and the co-morbidities of complex regional pain syndrome. *J Neuroimmune Pharmacol*. 2013 Jun;8(3):452-69.
4. Field J. Complex regional pain syndrome: a review. *J Hand Surg Eur Vol*. 2013 Jul;38(6):616-26.
5. Freedman M, Greis AC, Marino L, Sinha AN, Henstenburg J. Complex regional pain syndrome: diagnosis and treatment. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2014 May;25(2):291-303.
6. Gierthmühlen J, Binder A, Baron R. Mechanism-based treatment in complex regional pain syndromes. *Nat Rev Neurol*. 2014 Sep;10(9):518-28.
7. Goldschneider KR. Complex regional pain syndrome in children: asking the right questions. *Pain Res Manag*. 2012 Nov-Dec;17(6):386-90.
8. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RS, Richardson K, Swan M, Barthel J, Costa B, Graciosa JR, Bruehl S; Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain Med*. 2013 Feb;14(2):180-229.
9. Hauser J, Hsu B, Nader ND. Inflammatory processes in complex regional pain syndromes. *Immunol Invest*. 2013;42(4):263-72.
10. Parkitny L, McAuley JH, Di Pietro F, Stanton TR, O'Connell NE, Marinus J, van Hilten JJ, Moseley GL. Inflammation in complex regional pain syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2013 Jan 1;80(1):106-17.
11. Rockett M. Diagnosis, mechanisms and treatment of complex regional pain syndrome. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2014 Oct;27(5):494-500.

О.І. ТОПОЛЬНИЦЬКА, М.Р. ЧУПІЛЬ СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ПАРААНГЛІОМ ШИЇ

Стаття присвячена діагностиці параангліом ший

Ключові слова: шия, пухлини, діагностика

Статья посвящена диагностике параанглиях шеи

Ключевые слова: шея, опухоли, диагностика

Article posvyaschena diagnostic parahanhlyyah shey

Key words: sheya, tumor, diagnostics

Актуальність. В загальній структурі онкологічної захворюваності пухлини ший становлять близько 5% всіх випадків раку, а показник 5-річної виживаності у даній групі входить до числа самих низьких показників серед основних груп пухлин. 5 –річна виживаність серед даного контингенту пацієнтів коливається в діапазоні від 30 до 75 % в залежності від типу пухлини, локалізації, стадії процесу та соматичного стану пацієнта [1].

Хемодектоми ший складають лише 0,012% всіх пухлин людини, їх частота серед населення складає 1 випадок на 1,3 мільйона чоловік, проте в структурі позаорганичних пухлин ший вони становлять за даними різних авторів 15- 18% [2]. Зазвичай стандартне лікування

місцевих форм раку в ділянці шиї складається з комбінації хірургії, променевої терапії та хіміотерапії. При цьому основним методом лікування залишається хірургічний, проте на фоні такого лікування місцеві рецидиви виникають у 30 – 50 % , що таїть у собі поганий прогноз для пацієнта [3]. Хірургічне лікування пухлин шиї є складним завданням, через прилягання критичних структур, які контролюють такі функції як мова, ковтання, смак, кровопостачання голови, всі з яких можуть бути ураженні при пухлинному процесі та впливати на вибір тактики лікування [1]. Сучасне лікування пухлинного процесу передбачає не лише видалення пухлини, а також першочерговим завданням ставить підтримання належної якості життя та максимальне збереження функціональної повноцінності органу [4].

Фізикальні та лабораторні методи обстеження.

Шляхом опитування за загальноновизнаними правилами у всіх випадках з'ясовували загальні дані про пацієнта, скарги з наступною їх деталізацією, анамнез захворювання, анамнез життя. Проводили традиційний загальний та детальний системний огляд, пальпацію, перкусію та аускультацию хворих.

Виконувались обов'язкові лабораторні методи дослідження. Загальний аналіз крові: гемоглобін периферійної крові (гемометром Салі), кількість еритроцитів та лейкоцитів (пробірковим методом із підрахунком в камері Горяєва), лейкоцитарну формулу в мазках крові (мікроскопічним методом), ШОЕ (мікрометодом Панченкова). Біохімічний аналіз крові – кількість загального білка крові, рівня загального білірубіна сироватки крові, креатиніна (за методом Поппера), досліджували рівень електролітів сироватки крові (калію, натрію та інших). Загальний аналіз сечі – колір, прозорість, відносну густину (за допомогою уреометра), білок сечі (способом Брандербєрґа-Робертса-Стольнікова), еритроцити, лейкоцити, епітеліальні клітини, циліндри, кристали солей та неорганізований осад (мікроскопічним методом). Коагулограма – протромбінний час згортання за Р.А. Рутберґ (1961), протромбінів індекс, загальний фібриноген та гематокрит. Визначали методом парних сироваток групу крові та резус-фактор.

Усі загальнолабораторні та біохімічні дослідження проводили у відділі лабораторної діагностики ЛОКЛ.

2.Інструментальні методи дослідження.

«Золотим стандартом » діагностики обстеження даного контингенту пацієнтів є дуплексна УСГ, КТ (бажано аксіальні зрізи), МРТ з ангіографією та каротину ангіографію (КА) [5].

Усі пацієнти за період ретроспективного спостереження з пухлинами шиї були обстеженні ультрасонографічно на апараті SonoScape SSI-1000 (рис. 2.2) за допомогою лінійного датчика.



Рис. 2.2 Апарат Sono Scape SSI-1000

За допомогою УСГ обстеження судин визначали наступні параметри:

- компресійна проба плечової артерії. Лінійним датчиком вимірювали діаметр плечової артерії в ділянці середньої третини плеча, після чого манжеткою тонометра накладеною на плече створювалась компресія плечової артерії на 5 хвилин (тиск в манжетці становить 250мм. рт. ст.) та робився повторний замір діаметра вище вказаної судини. Дана проба дає можливість визначити ендотеліальну функцію тобто визначити стан компенсаторних механізмів серцево-судинної системи.

- кісточковий індекс. Визначається співвідношенням систолічного тиску на задньогомілковій артерії до тиску на плечовій артерії, яке в нормі становить більше 1. В даній роботі визначався за допомогою кольорового доплера.

- ультразвукове обстеження судин ший. Визначали рівень стенозу, характер кровоплину, наявність тромбозу та атеросклеротичних бляшок по судинах ший до та після операції, а також характеристику пухлинних мас.

Дуплексна УСГ зазвичай дає змогу диференціювати пухлини каротидного вузла від інших можливих захворювань [5].

Магнітно – резонансна томографія (МРТ) з ангиографією є оптимальним методом візуалізації мас на рівні або вище біфуркації сонних артерій, надає інформацію про об'єм сонних артерій, та дозволяє визначити взаємовідношення з внутрішньою яремною веною. Також, ця техніка дає можливість верифікувати параангіоми інших локалізацій в ділянці ший та ідентифікувати наявність кісткових метастазів основи черепа при злоякісних КХ [6].

Комп'ютерна томографія ефективний метод отримання даних про розмір, розташування і ступінь васкуляризації пухлини, виявити її взаємовідношення, а також чітко встановити анатомію усіх трьох артерій та їх діаметри [4].

Каротидна ангиографія (КА) є золотим стандартом, що наглядно демонструє об'єм та розташування пухлини, ступінь васкуляризації пухлини. При проведенні КА, у випадку наявності хемодектоми часто виявляється симптом «Ліри», коли зовнішня та внутрішня артерія відтиснуті в сторону [4].

Крім цього, КА дає змогу визначити функціональні можливості Вілізієвого кола (стан колатерального кровообігу головного мозку), що має значення в забезпеченні безпеки хірургічного втручання у випадку необхідності виключення з кровотоку ВСА (при резекції загальної чи внутрішньої сонної артерії) [4].

Окрім загальновизнаних методів діагностики, для виявлення параангіом використовують специфічні методики, зокрема сцинтиграфія на виявлення рецепторів до соматостатину – це метод ядерного сканування, при якому використовується радіаційно мічений аналог соматостатину – «Октреотид». Ця методика використовується для виявлення параангіом, так як вони містять на своїй поверхні велику кількість рецепторів до соматостатину. Діагностика проводиться методом внутрішньовенної ін'єкції міченого октреотиду та проведенням знімків через 24 та 48 годин після ін'єкції. Соматостатин рецепторна сцинтиграфія (SRS) є більш чутливим методом виявлення параангіомніж інші методи. SRS дає можливість встановити локалізацію параангіом в інших частинах тіла (черевній порожнині, заочеревинному просторі, дугах аорти), дозволяє у більшості випадків провести диференційну діагностику з іншими онкопроцесами.

Також близько 30 % всіх параангіом бере участь в обміні катехоламінів, що в свою чергу дає змогу використовувати в їх діагностиці аналог норадреналіну - метайодобензилгуанідин (англ. аббревіатура MIBG), що є радіофармпрепаратом, який мічений ¹²³I або ¹³¹I, та активно поглинається даними пухлинами і використовується для їхньої візуалізації .

Часто у клінічній діагностиці параангіом використовують комбінацію декількох методик діагностики, що дає змогу не лише виявити пухлину, а і вивчити їх функціональну активність.

Для морфологічної верифікації застосовують наступні методи отримання матеріалу:

- 1.поверхнева біопсія (зіскрібок скальпелем) виразкової поверхні пухлини і приготування мазків на скельцях для цитологічного дослідження;
- 2.інцизійна та щипцева біопсія;
- 3.тонкоголкова аспіраційна біопсія;
- 4.трепанобіопсія;
- 5.відкрита біопсія;
- 6.біопсія регіонарного «сторожового» лімфовузла.

Якщо у пацієнта є підозра на каротину хемодектому, тоді тонкоголкова аспірацій та інцизійна біопсія є протипоказана в усіх випадках, оскільки обидві ці процедури можуть спровокувати таке непотрібне ускладнення як масивну кровотечу, що при невчасній діагностиці та наданні допомоги може призвести до смерті пацієнта.

А також використовують такі інструментальні методи як: непряма ларингоскопія (огляд за допомогою гортанного дзеркала носоглотки, гортаноглотки, гортані); пряма ларингоскопія і назофарингоскопія, що здійснюється фібрларингоскопом; “потрійна”ендоскопія: пряма ларингоскопія, езофагоскопія і бронхоскопія, оскільки приблизно у 5 % пацієнтів із пухлинами голови та ший синхронно виникають злоякісні пухлини в стравоході та бронхах, в інших ділянках голови та ший. “Потрійна” ендоскопія повинна виконуватися в усіх пацієнтів із прихованою локалізацією первинної пухлини .

Висновки:

1. Адекватна доопераційна діагностика необхідна не лише з метою верифікації діагнозу, але також дає змогу виявити увесь комплекс пухлинної експансії у суміжні структури, визначити майбутній об’єм операції та визначити ймовірний ризик операційних ускладнень .
2. Діагностика парагангліом в ділянці ший є надзвичайно складним процесом, що має ряд своїх особливостей. Зокрема, при каротидних хемодектомах у фізикальному обстеженні зазвичай виявляють пульсуючий вузол, який зміщується латерально, але не вертикально оскільки зазвичай інтимно зрощена з сонною артерією. При аускультатії над вузлом можна вислухати шум, хоча зазвичай це рідкісна знахідка. Особливу увагу необхідно звернути на ураження двох черепних нервів, що часто супроводжує пухлини каротидного вузла: парез під’язикового нерва, що проявляється мовною дисфункцією та блукаючого нерва, що веде до охриплості голосу .
3. УСГ є високоефективним та інформативним методом первинної діагностики каротидної хемодектоми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Emerging Applications of Stereotactic Radiotherapy in Head and Neck Cancer/ Minh Tam Truong; Gregory Grillone; Christine Tschoe; [et al.]. // Neurosurg Focus. - 2009.- V. 27. - P. 6.
2. Tonn J.-C. Onkology of CNS Tumors / Jarg - Christian Tonn, Manfred Westphal, James T. Rutka. -London: Springer Heidelberg Dordrecht, 2010. – V. 2. - P. 299 - 307.
3. Siddiqui F. Stereotactic body radiation therapy for primary, recurrent, and metastatic tumors in the head-and-neck region / F. Siddiqui, M. Patel, M. Khan [et al.].- Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Physics .- 2009.- V. 74.- P. 1047–1053.
4. Mehanna H.M. Patients' views on the utility of quality of life questionnaires in head and neck cancer: a randomised trial./ H.M. Mehanna, R.P. Morton // Clin. Otolaryngol.-2007.- V. 31.- P. 310–316
5. Geroulakos G. Vascular Surgery: Cases, Questions and Commentaries/ George Geroulakos. - London: Springer - Verlag London Limited, 2011. – V. 3. - P. 344.
6. Рзаев Р. М. Каротидна хемодектома: сб. текстов выступлений на VIII Всероссийском конгрессе отоларингологов.- Москва, 2009. – С.144 .

ХРОНІКА

О.Я. ПАШКОВСЬКА, Г.В. СЕМАК,
О.В. ШЕВЕЛЮК

ДЕЯКІ ВИЗНАЧНІ І ПАМ'ЯТНІ ДАТИ СІЧНЯ

На міжнародному рівні 2015 рік проголошено:

2005-2015 роки оголошені Генеральною Асамблеєю ООН (2003) Міжнародним десятиріччям дій «Вода для життя»

2010-2020 роки – Десятиліття Організації Об'єднаних Націй, присвячене пустелям та боротьбі з опустеленням

2008-2017 роки – Друге Десятиліття Організації Об'єднаних Націй, присвячене боротьбі за ліквідацію злиднів

2006-2015 роки – Десятиліття реабілітації і стійкого розвитку постраждалих регіонів (третє десятиліття після Чорнобиля)

2014-2023 роки – Десятиліття стійкої енергетики для всіх

2011-2020 роки – Десятиліття біорізноманіття Організації Об'єднаних Націй

2011-2020 роки Генеральною Асамблеєю ООН оголошено Десятиріччям дій із забезпечення безпеки дорожнього руху

2015 рік в Європейському Союзі оголошений «Європейським роком розвитку»

1 січня - день Нового року. На думку вчених, найдавнішою є традиція святкування Нового року у стародавній *Месопотамії*. Усі землеробські роботи починалися наприкінці березня, після того, як прибувала вода у Тигрі і Євфраті. Початок кліматичного сезону пов'язувався з перемогою світлого бога Мардука над силами руйнування й смерті. Ця подія знаменувалася протягом 12 днів ходами, карнавалами, маскарадами тощо. У цей час заборонялося працювати, карати, вершити суди. Клинопис на одній із глиняних табличок розповідає, що це були дні «неприборканої волі, коли весь світовий порядок ставився догори дригом. Раб перетворювався на пана».

Стародавній Єгипет. Новий рік святкували під час розливу Нілу, коли сходила священна зірка Сіріус (розкид із липня по вересень), і починався перший сезон давньоєгипетського року – «ахет». Розлив Нілу називався приходом Хапі – бога Верхнього і Нижнього Нілу. Це були святі часи для Єгипту, адже посуха ставила під загрозу саме існування землеробської держави. Тому зі сходом Сіріусу починався новий період життя стародавніх єгиптян, які на ту пору закінчували сівбу. Підготовка до зустрічі Нового року починалася задовго до розливу. У храмових господарствах відгодовували жертвних биків і птахів, запасалися маслом і ароматичними смолами. Жерці розраховували день прибуття води, і напередодні призначеної дати народ збирався на березі й радо вітав вали, які йшли з півдня на північ. Попереду стояли жерці храмів, усюди люди радісно зустрічали життєдайні води. У день розливу Нілу приносили жертви Хапі, до річки кидали сувої папірусу з написаним на них переліком дарів. Статуї бога Амона, (з яким іноді ототожнювали Хапі), його дружини й сина ставили в човен. Човен плавав Нілом місяць. Це супроводжувалося співами, танцями та веселощами. Потім статуї вносили назад до храму. При святкуванні Нового року у єгиптян існував звичай наповнювати спеціальні судини «святою водою» з Нілу, що розливався, і вода якого в цей час вважалася чудодійною. Звільнені від робіт, єгиптяни відвідували своїх друзів і родичів, разом із ними вшановували пам'ять предків і славили богів. Давньоєгипетський Новий рік був також пов'язаний із культом богині любові і музики Хатхор, дочки сонячного бога Ра. За дві ночі до Нового року верховний жрець із помічниками проводив ритуальне очищення статуї богині в храмі Хатхор у Дендері. А в ніч напередодні Нового року – «ніч Ра», коли відбувалася битва бога сонця з богами темряви – проводили урочисту ходу, у якій разом із жерцями брали участь фараон із дружиною. Статую Хатхор несли на священному човні і встановлювали в альтанці з 12 колонами, що символізували місяці року, на даху храму. З появою першого променя сонця у новому році відкривалися фіранки, і на богиню виливалося сонячне світло – містичне благословення богом Ра дочки Хатхор, храму й усього світу.

Стародавній Рим. У стародавніх римлян рік складався з десяти місяців, маючи при цьому 304 дні, а зима не поділялася на місяці. Початком року вважався березень, що збігався з початком польових робіт. Порядок слідування місяців відбився на латинських назвах деяких місяців (напр. лат. *September*

(вересень) – буквально – сьомий, лат. *October* (жовтень) – буквально – восьмий і т. д.). Імператор Нума Помпілій збільшив кількість місяців на два – *Januarius* (січень) та *Februarius* (лютий), названі на честь богів Януса та Феба. 153 р. до н. е. початок року було перенесено на 1 січня. У 46 році до нашої ери римський імператор Юлій Цезар реформував календар, який згодом отримав назву юліанського, однак 1 січня залишається початком року. У цей день римляни приносили жертви Янусу й починали з нього великі заходи, вважаючи перший день року сприятливим. У цей день у Стародавньому Римі було прийнято відпускати на волю рабів.

Церковне новоліття у Візантії. За Візантійською традицією початком церковного року («Новоліття») вважається 1 вересня. Свято новоліття було затверджено на Першому Нікейському соборі та, згідно з переказами, пов'язується з початком проповіді Ісуса Христа після Його Водохрещення й спокус від диявола в пустелі. У цей день Ісус Христос почав проповідь Царства Божого й уперше засвідчив виконання старозавітних пророцтв про пришествя Месії (Сина Божого) і тим самим про кінець Старого й початку Нового Заповіту. Вибір дати був пов'язаний із тим, що перша проповідь Христа відбулася, на думку візантійців, саме в перший день іудейського свята жнива, що святкували з 1 по 8 вересня Установлення цього свята, на думку істориків, було пов'язано зі згадкою про перемогу Костянтина Великого над Максентієм у 312 році, яка й заклала початок вільного сповідування та поширення християнства. Початково Костянтин I встановив дату новоліття 23 вересня – датою народження першого римського імператора Октавіана Августа і лише 462 року її було перенесено на 1 вересня з практичних міркувань.

Новий рік у середньовічній Європі. У середньовічній Європі початок Нового Року приурочували до одного з церковних свят:

- До Різдва 25 грудня – у Франції з 753 по 987-й, у Великобританії та Німеччині до 13 століття, а також в Іспанії до 14 століття.
- До Благовіщення 25 березня – особливо популярний у Флоренції, Пізі, Кельні й Мюнстері.
- До Великодня – у Франції з 983 по 1563. Незручністю цієї системи, однак, було те, що Великдень – рухоме свято й одна й та сама дата могла виникати двічі на рік, в разі чого їх розрізняли як «після великодня» та «до великодня».
- До свята Обрізання Господнього, що припадав на 1 січня.

Давньоримська традиція святкування 1 березня зберігалась у Венеціанській республіці до 1797 року, а також тривалий час на Русі.

Протягом 16-17 століть у більшості країн Європи перейшли на сучасну традицію святкування 1 січня.

Як і у більшості давніх народів, початок Нового року на Русі асоціювався з початком весняного відродження природи. Найімовірніше Новий рік святкували з появою нового Місяця в перші весняні дні, найближчі до весняного рівнодення. При цьому рік міг мати як 12, так і 13 місяців. Свято отримало назву «Нове Літо». З прийняттям християнства на Русі було запроваджено Юліанський календар, а святкування Нового Року було встановлено на 1 березня, що за переданням відповідало даті творення світу Пізніше Новий рік було перенесено на 1 вересня відповідно до прийнятого Візантійською церквою, а літочислення велося від «Створення світу».

На українських землях, що входили до складу Великого князівства Литовського, а пізніше – Речі Посполитої, з 1362 року початок Нового Року було встановлено на 1 січня і літочислення велося «від Різдва Христового» Ця система трапляється в українських літописах того часу.

У 1582 р. папа Григорій XIII увів нову календарну систему, що одержала назву григоріанської або «новий стиль». Православна церква на Константинопольському соборі 1583 р. визнавши неточність юліанського календаря, однак відмовилася переходити на григоріанський через те, що за новим стилем християнський Великдень іноді збігався з єврейським песахом або наступає раніше, що заборонено «Апостольськими правилами». У той же час протестантські країни перейшли на григоріанський календар лише у 18 столітті, таким чином тривалий час Новий Рік у православних та протестантських країнах наступав на 11 днів пізніше за католицький.

20 (30) грудня 1699 року за указом царя Петра I Новий рік у Російській Імперії святкують, за прикладом усіх християнських народів, 1 січня, причому як і раніше – за юліанським календарем. У XVIII столітті практично всі протестантські держави перейшли на григоріанський стиль, натомість у Російській імперії до 1918 року зберігався юліанський, через що Новий рік на землях, що входили до її складу не збігався з західноєвропейським. У 1918 році декретом Раднаркому «... з метою встановлення в Росії однакового майже з усіма культурними народами рахування часу...» було прийнято перехід на Григоріанський календар і Новий Рік знову почав збігатися з європейським. Натомість російська, а також

Сербська та Єрусалимська православні церкви відмовились переходити на новий стиль, унаслідок чого усі нерухомі церковні свята, а також Новий рік святкуються за старим стилем, у результаті чого утворився такий рідкісний історично-культурний феномен, як **Старий Новий рік**. Як додаткове свято, старий Новий рік і понині святкується в Україні, Росії, Білорусі, Сербії, Чорногорії та окремих районах Швейцарії.

1

Всесвітній день миру або День всесвітніх молитов за мир

125 років від дня народження **Василя Дмитрюка** (1890-1973), українського громадського діяча, лікаря

110 років від дня народження **Миколи Миколайовича Тарнавського** (1895-1984), українського письменника

95 років від дня народження **Ярослава Олександровича Новаківського** (1920-1982), українського архітектора

2

105 років від дня народження **Григорія Степановича Кияка** (1910-1987), українського вченого в галузі рослинництва

95 років від дня народження **Айзека Азімова** (1920-1992), американського письменника-фантаста, вченого

3

120 років від дня народження **Бориса Миколайовича Лятошинського** (1895-1968), українського композитора, диригента, педагога, музично-громадського діяча

4

305 років від дня народження **Джованні Баттіста Перголезі** (1710-1736), італійського композитора

230 років від дня народження **Якоба Грімма** (1785-1863), німецького письменника-казкаря

145 років від дня народження **Степана Олександровича Глазуненка** (справж. – Глазунов) (1870-1934), українського актора, режисера і антрепренера

140 років від дня народження **Василя Григоровича Яна** (Янчевського) (1875-1954), російського письменника

125 років від дня народження **Віктора Олександровича Романовського** (1890-1971), українського історика, археографа, архівіста

5

135 років від дня народження **Василя Миколайовича Верховинця** (справж. – Костів) (1880-1938), українського композитора, диригента, хореографа, фольклориста, етнографа, педагога

125 років від дня народження **Євгена Михайловича Грицака** (1890-1944), українського педагога й мовознавця, етнографа, публіциста, громадського діяча

80 років від дня народження **Миколи Даниловича Сомы** (1935-2013), українського поета і педагога

6

Святвечір. Багата кутя

7

Різдво Христове

105 років від дня народження **Ганни Степанівни Магійко** (1910-1981), української письменниці

90 років від дня народження **Джеральда Малколма Даррелла** (1925-1995), англійського зоолога і письменника

8

150 років від дня народження **Михайла Івановича Тугана-Барановського** (1865-1919), українського і російського економіста, історика, соціолога

105 років від дня народження **Галини Сергіївни Уланової** (1910-1998), російської артистки балету

105 років від дня народження **Давида Кельмановича Вишневіського** (1910-1977), українського поета, журналіста

80 років від дня народження **Василя Андрійовича Симоненка** (1935-1963), українського поета, журналіста, правозахисника

9

125 років від дня народження **Карела Чапека** (1890-1938), чеського письменника

11

Нас з дитинства навчають казати чарівне слово "дякую". Воно виражає зичливість та повагу, а тому це слово вирішили вшанувати та запровадили на його честь свято. Всесвітній День "Дякую"

відзначають 11 січня за ініціативою ООН та ЮНЕСКО. Запровадили таку дату аби нагадати людям про можливість гарних манер та вміння висловлювати вдячність. Чернігівці кажуть, що слово "дякую" чи не одне з найбільш уживаних. Втім використовують його зазвичай автоматично, як прояв ввічливості. Психологи кажуть, що слово "дякую" дійсно чарівне і здатне творити дива. Крім того слова вдячності здатні змінити наше життя на краще, бо вони налаштовують позитив та покращують взаємовідносини. А тому частіше кажіть «дякую» і тоді добрих справ у вашому житті буде більше.

12

135 років від дня народження Василя Васильовича Безкоровайного (1880-1966), українського композитора, диригента, піаніста і педагога

День українського політв'язня

Саме в цей день 1972 року в Україні розпочалася "друга хвиля" масових арештів інтелігенції, найбільше - у Львові. **ДЕНЬ УКРАЇНСЬКОГО ПОЛІТВ'ЯЗНЯ** на пропозицію В.ЧОРНОВОЛА відзначався в політичних таборах і тюрмах та на засланні 12 січня, починаючи з 1975 р.. У день початку другої хвилі арештів 1972 року політв'язні подавали політичні заяви і на знак протесту проти репресій, порушень прав людини, жорстокостей режиму, оголошували одноденне голодування. Адміністрація таборів шукала приводів, щоб покарати учасників голодування. З 1983 р. відмова від їжі вже трактувалася як порушення режиму, за яке можна було покарати. На знак солідарності українців підтримували політв'язні інших національних громад

13

День святої Меланії Римлянки. Щедрий вечір

135 років від дня народження Давида Йосиповича Заславського (1880-1965) українського і єврейського журналіста, автора досліджень про М. Драгоманова

135 років від дня народження Йосипа Яковича Магомета (1880-1973) українського садівника, селекціонера

115 років від дня народження Олександра Івановича Ковіньки (1900-1985) українського прозаїка

14

Новий рік за старим стилем. День Святителя Василя Великого

145 років від дня народження Василя Андрійовича Мостинського (1870-1913) українського вченого в галузі ветеринарної фармакології, біохімії та зоогієни

105 років від дня народження Василя Івановича Харченка (1910-1971), українського театального режисера, педагога

15

220 років від дня народження Олександра Сергійовича Грибоедова (1795-1829), російського письменника, драматурга

165 років від дня народження Софії Василівни Ковалевської (1850-1891), російського математика, письменниці, публіцистки

145 років від дня народження Андроника Григоровича Лазарчука (1870-1934), українського живописця

135 років від дня народження Павла Семеновича Ходченка (1880-1967), українського письменника

90 років від дня народження Євгена Івановича Носова (1925-2002), російського письменника

17

415 років від дня народження Кальдероне де ла Барки (1600-1681), іспанського поета, драматурга

145 років від дня народження Євгена Левицького (1870-1925), українського журналіста, публіциста, громадського і політичного діяча

18

Святвечір водохресний. Голодна кутя

165 років від дня народження Івана Омеляновича Левицького (1850-1913), українського бібліографа, письменника, журналіста, члена НТШ

130 років від дня народження Джованні Джерманетто (1885-1959), італійського письменника, публіциста

19

Богоявлення Господнє. Водохреще

150 років від дня народження Валентина Олександровича Серова (1865-1911), російського художника

115 років від дня народження **Михайла Васильовича Ісаковського** (справж. – Ісаков) (1900-1973), російського поета

20

Свято Іоанна Хрестителя

155 років від дня народження **Івана Збури** (1860-1940), українського поета

21

95 років тому (1920) у Харкові створено Музей Слобідської України ім. Г. Сковороди. Тепер – Харківський історичний музей

Міжнародний день обіймів

22

День Соборності та Свободи України – свято України, засноване 30 грудня 2011 року указом Президента України Віктора Януковича №1209/2011. **Відзначалося 22 січня.** Скасоване Указом Президента України Петра Порошенка №871/2014 з відновленням святкування Дня Соборності України. Фактично нове свято виникло внаслідок зміни дати відзначання Дня Свободи з 22 листопада (саме ця дата відзначання була встановлена у 2005 році указом третього президента України Віктора Ющенка на честь дня початку Помаранчевої революції) на 22 січня – дату відзначання Дня соборності. Тобто, фактично, указом президента Януковича ці два свята було об'єднано, юридично ж цей указ скасував обидва свята, запровадивши абсолютно нове.

125 років від дня народження **Григорія Самуїловича Ландсберга** (1890-1957) українського фізика

80 років від дня народження **Олександра Мєня** (1935-1990), видатного православного проповідника та богослова

23

195 років від дня народження **Олександра Миколайовича Серова** (1820-1871), російського композитора, музикознавця, критика, автора творів на українські теми

24

95 років від дня народження **Олександра Васильовича Ситника** (1920-1992). українського скульптора

80 років від дня народження **Юрія Андрійовича Макушина** (1935), українського скульптора

25

День студента. Тетянин день

390 років від дня народження **Марусі Чурай** (Марії Гордіївни Чурай) (1625-1653), української народної поетеси, авторки широко відомих пісень

135 років від дня народження **Арсена Якимовича Баккалінського** (1880-1921), українського поета, фольклориста і хормейстера

26

Міжнародний день митника

125 років від дня народження **Віталія Григоровича Хлопіна** (1890-1950), українського радіохіміка

105 років від дня народження **Оскара Ароновича Сандлера** (1910-1981), українського композитора

27

Міжнародний день пам'яті жертв Голокосту – пам'ятна дата, запроваджена рішенням Генеральної Асамблеї ООН від 1 листопада 2005 року (Резолюція № 60/7). Відзначається щорічно – 27 січня. Саме цього дня 1945 року Радянська Армія визволила в'язнів найбільшого нацистського табору смерті Аушвіц-Біркенау в Освенцімі. За час існування цього концтабору в ньому загинуло, за різними оцінками, від 1,5 до 2,2 млн людей. За загальними оцінками, жертвами масового знищення євреїв під час Другої світової війни, разом з 4,5 млн дорослих, стали 1,5 млн дітей. "Голокост, що призвів до винищення однієї третини євреїв і незліченних жертв з числа представників інших меншин, буде завжди служити всім народам застереженням про небезпеки, що таять у собі ненависть, фанатизм, расизм і упередженість", - йдеться в резолюції ГА ООН. Ініціаторами ухвалення документа виступили Ізраїль, Канада, Австралія, Росія і США, а їх співавторами - ще понад 90 держав. Оголосивши 27 січня Міжнародним днем пам'яті жертв Голокосту, Генеральна Асамблея ООН закликала держави-члени розробити просвітницькі програми, щоби наступні покоління зберегли пам'ять про цю трагедію з метою запобігання в майбутньому актам геноциду і охороняти, як пам'ятки історії, місця, де відбувалися масові вбивства євреїв.

Уперше Міжнародний день пам'яті жертв Голокосту відзначили в усьому світі у 2006 р. Проте деякі країни відзначали цей день і раніше.

36

Відповідно до постанови Верховної Ради України від 5 липня 2011 р. № 3560-VI "Про 70-річчя трагедії Бабиного Яру"] на державному рівні Україна вперше відзначила Міжнародний день пам'яті жертв Голокосту у 2012 році.

Міжнародний день без Інтернету

225 років від дня народження **Петра Петровича Гулака-Артемівського** (1790-1865), українського поета, перекладача, педагога, культурно-громадського діяча, літературознавця. В. 1841-1849 рр. – ректора Харківського університету

155 років тому (1860) вийшов з друку повний «Кобзар» Т. Шевченка

28

Міжнародний день мобілізації проти ядерної війни

195 років тому (1820) перша російська антарктична експедиція під проводом Ф. Ф. Беллінсгаузена і М. П. Лазарева відкрила Антарктиду

29 січня - День пам'яті Героїв Крут

Бій під Крутами – бій, що відбувся 16 (29) січня 1918 року на залізничній станції Крути під селищем Крути та поблизу села Пам'ятне, за 130 кілометрів на північний схід від Києва. Цей бій тривав 5 годин між 4-тисячною більшовицькою армією Михайла Муравйова та загоном з київських студентів і бійців вільного козацтва, що загалом нараховував близько чотирьох сотень вояків. У перебігу військових дій бій вирішального значення не мав, та у свідомості багатьох особливого значення набув завдяки героїзму української молоді. Особливо вразило сучасників поховання юнаків, які потрапили після бою в полон до більшовиків і у кількості 27 людей були ними страчені. На похороні у Києві біля Аскольдової могили голова Української Центральної Ради Михайло Грушевський назвав юнаків, які загинули в нерівній боротьбі, героями, а поет Павло Тичина присвятив героїчному вчинкові вірш «Пам'яті тридцяти». Десятиріччями історія бою або замовчувалася, або обростала міфами і вигадками, як у закордонній, так і у вітчизняній історіографії. 2006 року на місці бою встановлено пам'ятник. З нагоди 80-ї річниці бою Монетний двір випустив в обіг пам'ятну гривню. В бою під Крутами оборонці української державності отримали переконливу військову перемогу. Наступ ворога було зупинено і здійснено організований відступ, руйнуючи за собою колії і мости. Російсько-більшовицькі нападники втратили боездатність на чотири дні. Агресор мусив підтягнути нові сили, відремонтувати підірвані й поруйновані мости та залізничні колії, і лише після цього продовжувати свій наступ на Київ, не так залізничним шляхом, як на реквізованих селянських возах, запряжених кінями, по розмоклій дорозі. Ця затримка ворога дала змогу українській делегації укласти Брест-Литовський мирний договір, який врятував молоду українську державність.

День працівників пожежної охорони

155 років від дня народження **Антоні Павловича Чехова** (1860-1904), російського письменника

115 років від дня народження **Ісаака Осиповича Дунаєвського** (1900-1955), російського і українського композитора

85 років від дня народження **Всеволода Зіновійовича Нестайка** (1930-2014), українського письменника, драматурга, журналіста

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

ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:

40 річчям

**Матвієнка Юрія Олександровича
Паращука Богдана Мироновича**

45 річчям

**Чухрай Наталію Львівну
Кулінченка Руслана Вадимовича**

50 річчям

**Орла Юрія Глібовича
Фрончко Валентину Петрівну
Сакалош Лесю Петрівну
Шаран Марію Олексіївну
Томашевську Наталію Яремівну
Тумака Ігоря Миколайовича**

55 річчям

**Павлій Світлану Йосипівну
Солоп Лілію Михайлівну
Камінського Ярему Степановича**

60 річчям

**Ільчишин Оксану Степанівну
Гаврилюк Ольгу Василівну**

65 річчям

Тишенка Вячеслава Івановича

70 річчям

Філя Юрія Ярославовича

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

Редколегія

Хроніка січня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

1 січня – 70 років від дня народження **Юрія Ярославовича Філя**, хірурга-травматолога. У 1969 р. закінчив стоматологічний і у 1974 р. медичний факультети Львівського медичного інституту. У 1969 р. працював стоматологом Рахівської ЦРЛ Закарпатської області. В 1970-1971 рр. працював анестезіологом залізничної лікарні м. Стрий Львівської області та Львівської обласної клінічної лікарні (1971-1974); у 1974-1975 рр. – лікар-інтерн Червоноградської міської лікарні; у 1975 р. – хірург Стрийської міської лікарні; у 1976-1978 рр. – хірург 3-ї лікарні м. Львова; у 1978-1981 рр. – хірург залізничної лікарні; у 1981-1985 рр. – асистент кафедри травматології, ортопедії і військово-польової хірургії ЛМІ; у 1985-1990 рр. – хірург 2-ї лікарні Львова; у 1990-1995 рр. – головний лікар лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова, за сумісництвом доцент кафедри хірургії ФПДО (1991-1994), у 1995-1997 рр. – завідувач кафедри невідкладних станів та медицини катастроф; у 1997-1999 рр. – доцент кафедри поліклінічної справи; у 1999-2001 рр. – доцент, у 2001-2003 рр. – професор, від 2003 р. – завідувач кафедри травматології та військово-польової хірургії ЛМУ. У 1996 р. – доктор медичних наук, у 2002 р. – професор.

Автор близько 100 наукових праць, в т.ч. підручника, 2 посібників, 4 патентів. Підготував 1 кандидата наук.

2 січня – 65 років від дня народження **Бориса Гавриловича Безродного**, хірурга. У 1972 р. закінчив Київський медичний інститут. У 1972-1976 рр. працював лікарем-хірургом та завідувачем хірургічного відділення Новгород-Сіверської ЦРЛ Чернігівської області. У 1976-1979 рр. навчався у клінічній ординатурі при кафедрі госпітальної хірургії. У 1980-1996 рр. – асистент кафедри госпітальної хірургії. У 1995 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Хирургическое лечение больных раком поджелудочной железы и большого сосочка двенадцатиперстной кишки”. У 1996-2005 рр. працював доцентом кафедри. У 2005р. отримав звання професора. Учень проф. М.М. Ковальова (1946-1990) і В.М. Короткого. Автор понад 100 наукових робіт, 10 винаходів. Наукові дослідження присвячені розробці питань хірургічного лікування захворювань гепатопанкреатодуоденальної зони та хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок.

5 січня – 105 років від дня народження **Сергія Павловича Міскіджяна**, хіміка. У 1937 р. закінчив хімічний факультет Ростовського-на-Дону університету. У 1937-1946 рр. – асистент кафедри фізичної і колоїдної хімії цього ж університету, у 1946-1948 рр. – доцент кафедри, у 1948-1949 рр. – доцент фізичної хімії Астраханського інституту рибної промисловості; у 1949-1965 рр. – доцент кафедри біохімії з курсу фізичної і колоїдної хімії; у 1965-1977 рр. – завідувач кафедри, у 1977-1980 рр. – професор кафедри фізичної і колоїдної хімії Львівського медичного інституту. у 1945 р. став кандидатом хімічних наук, в 1957 р. – доцентом, у 1964 р. – доктором хімічних наук, в 1968 р. – професором. Автор близько 140 наукових й навчально-методичних праць, в т.ч. 18 авторських свідоцтв на винаходи, 3 монографій, 3 посібників. Підготував 7 кандидатів наук. Наукові дослідження в галузі електрохімії неводних систем, виявив нові реакції утворення електролітних сполук із неелектролітів, одержав нові інгібітори корозій металів. Помер 1 листопада 1985 р. на 76 році життя.

5 січня – 95 років від дня народження **Юрія-Ростислава Теофіловича Коморовського**, анатома і хірурга. У 1938 р. закінчив Українську гімназію в Тернополі. Поступив на медичний факультет Краківського університету, перевівся у 1939 р. у Львівський медичний інститут, який

закінчив у 1945 р. Поступив в аспірантуру кафедри топографічної анатомії та оперативної хірургії ЛДМІ. У 1948 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Хирургическая анатомия шейного отдела грудного протока”. У 1948-1949 рр. працював асистентом кафедри факультетської хірургії ЛМІ. У 1950-1953 рр. – в.о. доцента кафедри, а в 1953-1957 рр. – доцент кафедри. У 1957 р. Юрій Теофілович був переведений в новостворений Тернопільський медичний інститут, де очолив кафедру загальної хірургії, якою завідував до 1965 р. В 1964 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Резекция желудка с тонкокишечной пластикой”. У 1965 р. отримав вчене звання професора. В 1965-1987 рр. був завідувачем кафедри госпітальної хірургії, а в 1987-1999 рр. – професором цієї кафедри. Ю.Т. Коморовський був автором близько 200 наукових праць, в т.ч. 2 монографій, 4 винаходів. Під його керівництвом та при консультації виконано 9 докторських та 29 кандидатських дисертацій. Він упродовж 40 років був головою Тернопільського наукового товариства хірургів, членом редакційної ради журналу “Клінічна хірургія”, заступником голови редактора журналу “Шпитальна хірургія”, членом низки проблемних комісій. Помер вчений 1 травня 2006 р. на 87 році життя.

5 січня – 80 років від дня народження **Миколи Федотовича Кислого**, фтизіатра. У 1959 р. закінчив санітарно-гігієнічний факультет Львівського медичного інституту. У 1959-1962 рр. працював фтизіатром Нижнедувинської ЦРЛ Луганської області та Тячівської ЦРЛ Закарпатської області (1962), у 1962-1965 рр. – аспірант кафедри фтизіатрії та пульмонології Львівського медичного університету; у 1965-1987 рр. – асистент. У 1967-1968 рр. – лікар-фтизіатр радянського госпіталю в республіці Малі. В 1987-1988 рр. – доцент, у 1988-1990 рр. – завідувач, у 1990-1999 р. доцент кафедри фтизіатрії та пульмонології Львівського медичного університету. у 1984-1989 рр. – декан іноземних студентів Львівського медичного інституту. Автор близько 50 наукових і навчально-методичних праць. Наукові дослідження присвячені фтизіатрії та пульмонології.

13 січня – 80 років від дня народження **Мартина Миколайовича Бідюка**, патофізіолога. У 1960 р. закінчив санітарно-гігієнічний факультет Львівського медичного інституту. У 1960-1961 рр. – терапевт дільничної лікарні с. Новострілища Львівської області, у 1961-1964 рр. – головний лікар дільничної лікарні с. Дев'ятники Львівської області, у 1964-1966 рр. – терапевт Львівської міської станції швидкої медичної допомоги, у 1961-1967 рр. – аспірант кафедри патофізіології ЛДМІ, у 1967-1975 рр. – асистент кафедри, у 1975-1988 рр. – доцент, у 1985-1986 рр. – докторант; у 1988-2005 рр. – завідувач кафедри патофізіології; з 2005 р. – професор кафедри. Автор близько 400 наукових і навчально-методичних праць, в т.ч. підручника. Підготував 14 кандидатів наук. Наукові дослідження пов'язані з проблемою алергології, імунології та імунокорекції. Помер 6 вересня 2006 р. на 72 році життя.

15 січня – 95 років від дня народження **Миколи Федоровича Скопиченка**, лікаря-терапевта. Учасник Другої світової війни. Нагороджений орденами і медалями СРСР. У 1947 р. закінчив Київський медичний інститут. У 1974 р. захистив докторську дисертацію. Від 1976 р. – професор кафедри внутрішніх хвороб №3, завідувач курсом військово-польової терапії (1976-1990). Автор понад 90 наукових праць, присвячених питанням діагностики та лікування ревматизму, діабету, ІХС.

16 січня – 125 років від дня народження **Єфіма Васильовича Маслова**, психіатра. У 1923 р. закінчив медичний факультет Ростовського-на Дону університету. У 1923-1926 рр. працював ординатором кафедри неврології і психіатрії цього ж університету, у 1926-1934 рр. – асистент кафедри, у 1934-1935 рр. – доцент кафедри, у 1935-1945 рр. – завідувач кафедри і клініки психіатрії Ашгабадського медичного інституту, за сумісництвом, директор республіканської психіатричної лікарні Туркменської РСР (1935-1938), в 1945-1970 рр. – завідувач кафедри психіатрії Львівського медичного інституту. У 1935 р. – отримав вчене

звання професора, в 1938 р. став доктором медичних наук, у 1943 р. отримав почесне звання “Заслужений діяч науки Туркменської РСР”. Був автором близько 170 наукових і навчально-методичних праць, в т.ч. 6 монографій і посібників. Підготував 12 кандидатів та 5 докторів наук. Наукові дослідження присвячені проблемам шизофренії, епілепсії, алкоголізму, токсиманії, неврозів, психозів. Помер вчений у 1970 р. на 80 році життя.

17 січня – 75 років від дня народження **Валерія Юхимовича Волянського**, невропатолога. Народився в м. Могилів-Подільський Вінницької області в сім’ї репресованих: батько пройшов війну у штрафних батальйонах і повернувся із концтаборів ГУЛАГу лише у 1958 р. З трудом поступив до Одеського медичного інституту, який закінчив у 1965 р. У 1965-1968 рр. працював лікарем-невропатологом у м. Арциз Одеської області. У 1968-1970 рр. – навчання в клінічній ординатурі. У 1976 р. захистив кандидатську дисертацію. 24 червня 1990 р. ініціював створення Одеської крайової організації ВУЛТу і очолював її до кінця життя. Працював на кафедрі нервових хвороб ОМІ, згодом в Одеському психоневрологічному диспансері. У 1994 р. зміг повернутися до Одеського медичного інституту і в 1995 р. захистив докторську дисертацію. Працював доцентом, а з 2000 р. – професором кафедри морської медицини. Автор близько 120 наукових праць, в т.ч. підручника. За наукові досягнення Міжнародний біографічний центр у Кембриджі надав В. Волянському почесне звання Людини року “International man of year for 2000 /2001”. Помер 22 вересня 2005 р. на 66 році життя.

20 січня - 135 років від дня народження **Миколи Памфіловича Вашетка**, лікаря-патолога. У 1908 р. закінчив медичний факультет Київського університету. Працював лікарем клінічно-судового відділу Київського військового госпіталю, займався науково-дослідною роботою під керівництвом проф. В.К. Ліндемана (1868-1933). У 1913 р. захистив дисертацію на здобуття вченого ступеня доктора медицини на тему: “К вопросу об обратном всасывании в почке”. Під час Першої світової війни працював військовим лікарем та брав участь в роботі з організації наукових медичних курсів лікарів (1914-1917). Від 1918 р. – професор кафедри загальної патології на заснованому українському медичному факультеті, де вперше почав викладати патологію українською мовою. Після від’їзду проф. В.К. Ліндемана у Варшаву в 1922 р. та об’єднання кафедр української та російської лектури М.П. Вашетка став завідувачем кафедри загальної патології (1923-1931). одночасно керував кафедрою фармакології (1920-1924). У 1931 р. заарештований у справі СВУ, звільнений без права працювати у Київському медінституті. Працював у Донецькому медичному інституту завідувачем кафедри патофізіології до 1936 р., після чого повернувся до Києва, де очолив кафедру патофізіології у ветеринарному інституті, а з 1957 р. – в Українській сільськогосподарській академії. Був автором понад 50 наукових робіт. Підготував 15 докторів та понад 20 кандидатів наук. Створив національну школу патофізіологів. Помер 6 вересня 1960 р. на 81 році життя.

20 січня – 65 років від дня народження **Юрія Васильовича Вороненка**, лікаря, вченого. У 1973 р. закінчив Київський медичний інститут. В 1976 р. закінчив аспірантуру. Від 1978 р. працював асистентом, від 1983 р. – доцентом кафедри соціальної медицини і охорони здоров’я. У 1991 р. захистив докторську дисертацію і в цьому ж році отримав вчене звання професора. У 1990-2002 рр. – завідувач кафедри соціальної медицини і охорони здоров’я, одночасно у 1995-2002 рр. – начальник Головного управління освіти, науки та інформаційно-аналітичного забезпечення МОЗ України. У 1996 р. обраний академіком АН ВШ України та АННП України. У 1997 р. – Лауреат Державної премії України, у 1999 р. – отримав звання “Заслужений діяч науки і техніки України”. Від 2002 р. – ректор КМАПО ім. П.Л. Шупика. Ю.В. Вороненко є автором понад 200 наукових праць в т.ч. 14 монографій та розділів в них, 8 підручників, 12 навчально-методичних посібників.

22 січня – 140 років від дня народження **Олександра Івановича Крупського**, акушер-гінеколога. У 1919 р. закінчив медичний факультет Дерптського університету. Працював асистентом, читав приват-доцентський курс пропедевтики акушерства української лектури медичного факультету Українського державного університету, згодом Київського медичного інституту. У 1920 р. захистив дисертацію на тему: “Застосування акушерських щипців Кілланда”. Автор першого підручника з оперативного акушерства українською мовою В період УНР був членом Центральної Ради, брав участь в роботі Міністерства народного здоров'я і опікування у створенні Всеукраїнської спілки лікарів. Член ради Медичної секції ВУАН (1929). У 1930-1937 рр. – працював професором, завідувачем кафедри акушерства і гінекології №1 КМІ. Репресований у 1937 р. Звільнений, але без права жити і працювати в Україні. Виїхав до Воронежа, де очолив кафедру акушерства і гінекології Воронежського медичного інституту. Помер у 1943 р. на 68 році життя.

23 січня – 130 років від дня народження **Георгія Володимировича Фольборта**, фізіолога. У 1909 р. закінчив Військово-медичну академію. Учень І.П. Павлова. У 1912 р. захистив дисертацію на здобуття вченого ступеня доктора медицини на тему: “Тормозные условные рефлексы”. Працював у І.П. Павлова. У 1926-1946 рр. працював завідувачем кафедри фізіології Харківського медичного інституту. Від 1946 р. – завідувач кафедри фізіології Київського медичного інституту і завідувач відділу нормальної фізіології Інституту фізіології АН УРСР, одночасно працював у 1946-1948 рр. працював в Інституті біохімії АН УРСР. Від 1951 р. – академік АН УРСР. Основні наукові роботи присвячені фізіології травлення, вищої нервової діяльності, процесів втоми і відновлення. Створив вчення про фізіологію процесів виснаження і відновлення і встановив основні закономірності цих процесів, які І.П. Павлов назвав правилами Фольборта. Помер 17 квітня 1960 р. на 76 році життя.

24 січня – 80 років від дня народження **Юрія Олександровича Болгова**. У 1957 р. закінчив Північно-Осетинський педагогічний інститут, у 1967 р. – Київський медичний інститут. Учень М.С. Спірова (1892-1973). У 1971 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Структура вегетативних ядер черепних нервів ромбовидного мозга человека (в пренатальном периоде развития)”. В 1973-1985 рр. працював заступником секретаря парткому КМІ. Від 1979 р. – доцент кафедри нормальної анатомії. Від 1985 р. – проректор з міжнародних зв'язків інституту. Реорганізував деканати факультетів, були введені посади заступників деканів по роботі з іноземними студентами. Одночасно формувався Міжнародний відділ, в якому здійснювалися науково-технічні зв'язки з іноземними медичними партнерами. У 1992 р. перейшов працювати в Медичний інститут УАНМ. Ю.О. Болгов був автором понад 150 наукових праць, в т.ч. 5 монографій.

28 січня – 170 років від дня народження **Василя Васильовича Чпркова**, терапевта. У 1868 р. закінчив медичний факультет Московського університету. Учень Г.А. Захаріна (1829-1897). У 1882 р. захистив докторську дисертацію на тему: “О смещении сердца при пневритическом экссудате”. У 1886 р. був призначений ординарним професором, завідувачем кафедри факультетської терапії (1886-1904) медичного факультету Київського університету. Подальша доля невідома.

30 січня – 80 років від дня народження **Анатолія Федоровича Минки**, хіміка. У 1959 р. закінчив фармацевтичний факультет Львівського медичного інституту. У 1959-1961 рр. працював інструктором Львівського аптекоуправління; в 1961-1964 рр. – аспірант кафедри фармацевтичної хімії, у 1964-1967 рр. – асистент, у 1967-1974 рр. – доцент кафедри, у 1974-2002 рр. – завідувач кафедри загальної біонеорганічної та фізколоїдної хімії Львівського медичного університету. У 1984 р. захистив докторську дисертацію, у 1972 р. отримав вчене звання професора. А.Ф. Минка - автор близько 170 наукових і навчально-методичних праць, в

т.ч. 18 авторських свідоцтв на винаходи та патентів України.. Наукові дослідження присвячені ідентифікації і кількісному аналізу лікарських засобів та біологічно активних речовин. Підготував 5 кандидатів наук. Помер 7 травня 2002 р. на 68 році життя.

31 січня – 120 років від дня народження **Петра Івановича Баранника**, гігієніста. У 1918 р. активний учасник революційних подій на Кубані та громадянської війни - помічник військової санітарної частини 25-ї Чапаєвської дивізії. У 1927 р. закінчив медичний факультет Харківського університету. Працював епідеміологом, санітарним лікарем Черкаської області. Від 1931 р. – у Київському медичному інституті: асистент, доцент, завідувач кафедри загальної гігієни. У 1937-1941 рр. був директором Київського медичного інституту. У 1940 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Очистка воды р. Днепр коагуляцией”. Вчений ступінь доктора медичних наук присвоєно у 1946 р., вчене звання професора у 1946 р. П.І. Баранник був автором 70 наукових праць, присвячених питанням гігієни населених місць, води та водопостачання. Значний внесок зробив в організацію санітарно-гігієнічного факультету, в побудову санітарно-гігієнічного корпусу інституту. Був автором низки підручників та посібників із загальної гігієни. Під його керівництвом захищено 35 кандидатських і докторських дисертацій. У 1965 р. йому присвоєно почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки УРСР”. Нагороджений орденами і медалями СРСР. Помер 31 серпня 1988 р. на 94 році життя.

31 січня – 95 років від дня народження **Юліана Іллєча Децика**. Народився в Самборі Львівської області. У 1945 р. закінчив медичний факультет Львівського медичного інституту. У 1945-1948 рр. – аспірант кафедри патологічної фізіології; у 1948-1952 рр. асистент кафедри патологічної фізіології, у 1952-1956 рр. – асистент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, у 1956-1963 рр. – доцент кафедри, у 1963-1988 рр. – завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, у 1988-1996 рр. – професор кафедри. У 1991 р. отримав почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки”. Автор близько 180 наукових праць, в т.ч. 4 монографій, підручника, посібника. Підготував 16 кандидатів та 4 докторів наук. Наукові дослідження присвячені проблемам кардіології, ревматології, гепатології, алергології, клінічної ензимології. Помер 23 січня 1997 р. проживши майже 77 років.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андрущенко В. Філь Юрій Ярославович / В. Андрущенко, Б. Матвійчук // 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. 331-332.
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: [Безродний Борис Гаврилович]. – С. 17-18.
3. Кирилюк С. Міскіджан Сергій Павлович / С. Кирилюк, В. Музиченко // 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. 221-222.
4. Пам'яті відомого хірурга Юрія-Ростислава Коморовського: некролог // Клінічна хірургія. – 2006. – №8. – С. 64.
5. Ільницький І. Кислий Микола Федотович / І. Ільницький, М. Сахелашвілі // 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. 145.
6. Регеда М. Бідюк Мартин Миколайович / М. Регеда // 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. 23-24.
 7. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Скопиченко Микола Федорович]. – С. 224.
 8. Влох І. Маслов Єфім Васильович / І. Влох // 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. 213.
 9. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліогр. довід. / Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Волянський Валерій Юхимович]. – С.39-40.
 10. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Вороненко Юрій Васильович]. – С. 50.
 11. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Крупський Олександр Іванович]. – С. 126-127.
 12. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Фольборт Георгій Володимирович]. – С. 659.
 13. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Болгов Юрій Олександрович]. – С. 26-27.
 14. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Чирков Василь Васильович]. – С. 281.
 15. Огурцов В. Минка Анатолій Федорович / В. Огурцов // 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. 219-220.
 16. 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: [Баранник Петро Іванович]. – С. 14-15.
 17. Дутка Р. Децик Юліан Ілліч / Р. Дутка, О. Яворський // 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. 103.

В.Г. АВЕРЧУК, Ю.М. ПАНИШКО

БОРИС МИХАЙЛОВИЧ ТОДУРОВ
До 50-річчя від дня народження

З нумерологічного гороскопу Юрія Грабаря. Характеристика за датою народження. 2 січня. Впливає планета Венера. 12⁰ Козерога. Сфера ілюзорності. Старанність, комерційні здібності, грандіозні плани, любов. Надзвичайна енергія та дотик до Всесвіту. Яснобачення, здатність досліджувати незнайомі сфери і відкривати закони, що лежать за межами людської свідомості і поза досяжністю таємниць природи.



Борис Михайлович Тодуров народився 2 січня 1965 р. в Києві. Родові коріння вченого знаходяться в приазовській Ялті. Дід Бориса по батьківській лінії Іван Лазаревич Тодуров до війни був головою Ялтинського колгоспу, загинув від рук німецьких окупантів. Дід по материнській лінії, Микола Костянтинович Будика працював на Маріупольському комбінаті імені Ілліча. Батько – Михайло Іванович і мати – Ніна Іванівна – греки, уродженці с. Ялта. Батько Бориса в юні роки поїхав в Київ, де жила його тітка. Закінчив ремісниче училище, працював помічником машиніста тепловоза, повернувся в с.Ялту і одружився з Ніною Іванівною, яка в той час закінчила медичний інститут і працювала сільським лікарем. Так у Києві з'явилася подружня пара греків.

Народилися діти: Іван та Борис. Через деякий час батьки вирішили поїхати будувати Байкало-Амурську магістраль. Тому з 4 по 9 класи Борис вчився в Сибіру, там пройшло його дитинство. У 1981 р. батько помер. Після смерті Михайла Івановича за глибокими традиціями греків сім'єю почав опікуватися його двоюрідний брат Мацука Геннадій Харлампіович, що народився в с. Приморське Донецької області. В цей час Геннадій Харлампіович був доктором біологічних наук, професором, академіком АН, директором Інституту молекулярної біології і генетики АН УРСР. На сімейній нараді було вирішено, що діти за прикладом мами, лікаря, оберуть своєю професією медицину. Іван поступив в Іркутський медичний інститут, а Борис – на медичний факультет Закарпатського університету. З часом брати опинилися в Києві. Після закінчення навчання під час розподілу Борис попав в Інститут кардіохірургії до Миколи Михайловича Амосова, який направив Бориса Михайловича працювати в дитяче кардіохірургічне відділення. Таким чином, у 1988-2000 рр. Б.М. Тодуров працюючи дитячим кардіохірургом, отримав великий досвід в хірургічному лікуванні вроджених вад серця.

У 1997 р. Б.М. Тодуров стажувався в німецькій кардіохірургічній клініці в м. Баден-Хаузен у професора Райнера Керфера. В цій клініці виконували по 140-150 пересадок серця в рік. Спочатку Борис Михайлович дивився як виконують операції, потім асистував і літав з лікарями і різні міста на експлантацію (забір органу).

У 2000 р. Б.М. Тодуров був запрошений у новий Інститут хірургії і трансплантології АМН України, яким керував видатний вчений, академік Олександр Олексійович Шалімов (1918-2006). У 2000-2003 рр. Б.М. Тодуров працював завідувачем відділення трансплантації та хірургії серця з групою екстракорпоральних технологій та біоматеріалів.

Ім'я Бориса Михайловича не випадково пов'язують з проблемою трансплантації серця в нашій країні. Лікар Б. Тодуров довго йшов до цієї мети. Як відомо, першу операцію пересадки серця людини в світі ще у 1967 р. зробив Крістіан Бернар в Кейптауні (ПАР). Спроби зробити пересадку серця в СРСР були невдалими. Проблема пересадки серця обговорювалася і в клініці М.М. Амосова.

Перша пересадка серця в Україні відбулася 2 березня 2001 р. Розповідь про історію цієї сторінки вітчизняної трансплантології не можна читати без хвилювання.

*В морозну ніч (-10⁰С) змогли взяти серце у донора і чекали машину з інституту, якої чомусь не було. Попутні машини відмовлялися взяти дивного пасажира в хірургічному костюмі, який спішив в інститут Шалімова “пересадити серце”. Нарешті повезло: за кермом чергової машини знаходився його однокурсник. Але неприємності чекали в рідному інституті: двері операційної були закриті, анестезиста та завідуючий пішов додому. Далі продовжуємо розповідь мовою оригіналу: **“Пришлось выбить дверь, завезти больного, быстро подключить АИК и вишить сердце. Оно не запускалось долго – целых 40 минут”. В это время сделать ничего было уже нельзя – мы просто стояли и молились. И только когда оно, наконец забилося”** я смог выдохнуть и сказать себе: **“Теперь все хорошо”**. На следующий день после пересадки я вместо поздравлений получил упреки от начальства: **“Почему, собственно говоря, вы тут делаете пересадки без моего разрешения? У нас так не принято”**.*

*На третий день после операции я приехал домой, чтобы переодеться. Прилег и даже задремал. И вдруг жена говорит: **“Проснись, звонит Николай Михайлович”**. Его голос был очень взволнованным. **“Борис, звоню поздравить тебя. Я хотел ещё в 60-х сделать пересадку. Ты читал, наверное. Но ты защитил честь всех кардиохирургов Украины. Поздравляю”**, и слышу – у него голос дрожит, думаю, что он плакал. Только М.Амосов мог понять, что значит пересадить сердце. Услышать похвалу от М. Амосова, это как получить звание Героя Советского Союза. Кстати, поздравил меня и Александр Шалимов – мы сидели рядом на пятиминутке.*

Пациенту было хорошо несколько суток, но на третий день кто-то (?) вколол ему огромную дозу иммунодепрессантов - пять ампул (!) вместо одной по норме. Из-за этого у больного развилась почечная недостаточность, и на 11-е сутки он погиб. Хотя закончилось так трагично, мы все равно были рады пересадке сердца в Украине”.

Всього вдалося пересадити 5 сердець. Двоє пацієнтів почуваються нормально.

У 2003-2006 рр. Б.М. Тодуров працював заступником директора Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова з трансплантології. У 2004 р. отримав почесне звання “Заслужений лікар України”. В 2005 р. захистив докторську дисертацію, присвячену хірургічному лікуванню тромбоемболії легеневої артерії. У 2006 р. отримав диплом доктора медичних наук.

Відповідно до програми Президента України боротьби зі серцево-судинними захворюваннями від 2006 р. Б.М. Тодуров став ініціатором і співавтором проекту будівництва найсучаснішого в Україні медичного закладу – Київського міського центру серця. Він запросив працювати в цей центр кращих фахівців і створив унікальний колектив однодумців і вчених.

Б.М. Тодуров розробив власну ефективну методику хірургічного лікування тромбоемболії легеневої артерії та низку хірургічних втручань (модифікації операції Батисти), тромбектомія з нижньої порожнистої вени з нефректомією в умовах штучного кровообігу, торакокопічні операції дітям з вродженими вадами серця.

Б.М. Тодуров є автором понад 150 наукових праць. У 2007 р. він став доцентом кафедри кардіології та функціональної діагностики НМАПО ім. П.Л. Шупика. У 2010 р. обраний членом-кореспондентом НАМН України за спеціальністю “Трансплантологія серця”.

Б.М. Тодуров – член редакційної ради “Українського кардіологічного журналу” та українського науково-практичного журналу для лікарів “Серцева недостатність”, головний редактор журналу “Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія ” (від 2012 р.), президент Асоціації спеціалістів з аритмології та електрофізіології серця (2010), дійсний член Асоціації серцево-судинних хірургів України; головний позаштатний спеціаліст Головного УОЗ та медичного забезпечення м. Києва за спеціальністю “Хірургія серця та магістральних судин”.

Упродовж багатьох років Б. Тодуров проводить Міжнародні благодійні акції в різних країнах світу заради порятунку дітей з вродженими вадами серця. У 1999 р. був з благодійною місією в Єгипті, у 2002 р. прооперував хворих дітей в Іраку, у 2005 р. – в Косово, у 2006 р. – в Азербайджані.

Б.М. Тодуров нагороджений почесною грамотою Президента України, АМН України, дипломами і грамотами Київського міського голови, орденом Святого Володимира, має Подяки від Міністрів охорони здоров’я Єгипту, Азербайджану, Сербії. У 2011 р. отримав нагороду “Лікар року” акції “Гордість країни”.

Потужною підтримкою видатного хірурга є його сім’я: дружина Олена, діти Михайло та Наталія, які обрали шлях в медицину, зять Анатолій, онуки Боря, Танечка.

Здоров’я, успіхів в роботі, шановний Ювіляре!

ЛІТЕРАТУРА

1. Тодуров Борис. Хвороби будуть переможені / І.Ф. Шаров. 100 особистостей України. – К.: АртЕкономі, 2011. – С. 412-415.
2. Хто є хто в Україні / Уклад. та ред. Ю.Марченко, О. Телемко. – К.: К.І.С., 2006. – 1136 с. – Зі змісту: [Мацука Геннадій Харламович]. – С. 615.
3. Киртока В. Кардіохірург Борис Тодуров: “Стою с донорським серцем на пустой улице и плачу от бессилия, потому что не могу добраться до клиники” / В. Киртока // Факты. – 2011. – 2 марта.
4. Дорожка Л. Известный кардиохирург. “Моё сердце тоже рискует” / Л. Дорожка // Сегодня. – 2013. – 21 сентября.
5. Харалоз Н. Профессор Тодуров: “Живите долго и радуйтесь жизни” / Н. Харалоз, А. Балджи // Приазовский рабочий. – 20015. – №10. – 27 января.

ЄВГЕН ГНАТОВИЧ ГОНЧАРУК

До 85-річчя від дня народження



Євген Гнатович Гончарук народився 7 січня 1930 року в с. Великий Острожок Хмельницького району, Вінницької області в селянській родині, був третім з чотирьох дітей в сім'ї Гончаруків Устини Григорівни та Гната Яковича. Батьки працювали в колгоспі, їхні діти з дитинства привчалися до нелегкої праці, і любов до праці стала для Євгена Гнатовича його життєвим принципом. У 1937 році сім'я переїхала до Бердичева, де батько працював робітником на цукровому заводі, на підприємстві «Заготзерно», пізніше на пивоварному заводі. Жили бідно. Після закінчення семирічної школи Євген Гончарук приступив до занять в ремісничому училищі, але подальшу його долю змінило піклування про нього старшого брата, котрий повернувся з війни. Після розмови зі старшим братом Є. Г. Гончарук продовжив навчання у школі і в 1948 році закінчив середню школу в Бердичеві. Цього ж року вступив на перший курс санітарно-гігієнічного факультету Київського медичного інституту. Тоді професія санітарного лікаря була престижною. Це була державна посада. Серед першокурсників були і бувші молоді фронтовики і вчорашні випускники шкіл. Євген Гончарук прагнув якомога більше і глибше опанувати кожний новий предмет. Ще в студентські роки виконував експериментальні науково-дослідні роботи, успішно виступав з цікавими доповідями на конференціях. Після закінчення медінституту з відзнакою у 1954 році за рекомендацією Вченої Ради поступив в аспірантуру при кафедрі загальної гігієни.

У 1957 році закінчив аспірантуру та підготував до захисту кандидатську дисертацію «К вопросу гигиенической оценки очистки бытовых сточных вод на площадках подземного орошения (фильтрации)». Та в цей час згідно з наказом МОЗ Української РСР від 21 червня 1957 року Євгена Гнатовича скеровують для організації кафедри гігієни до новоутвореного Тернопільського медінституту. Асистент, без вченого звання, за літні місяці до початку навчального року організує навчальну роботу кафедри, складає навчальну програму, фактично він же завідує кафедрою на першому році її організації, читає лекції і проводить практичні заняття, асистентом цієї кафедри працював до 1961 року. Кандидатську дисертацію захистив у 1961 році, після чого молодого вченого запросив до себе на кафедру проф. Р.Д. Габович і вже з цього часу все життя і науково-педагогічна діяльність Є.Г. Гончарука пов'язана з Київським медінститутом імені О.О. Богомольця: з 1961 по 1964 рік – асистент, з 1964 до 1968 року – доцент кафедри комунальної гігієни. У 1968 році захистив докторську дисертацію «Гігієнічне вивчення систем місцевої каналізації з обґрунтуванням санітарних норм їх проектування та експлуатації», з 1968 року доктор медичних наук, з 1969 року професор. У 1968 був обраний завідувачем кафедри комунальної гігієни. З 1968 до 1979 року – декан санітарно-гігієнічного факультету.

У 1984 році Євген Гнатович був призначений ректором Київського медичного інституту імені О.О. Богомольця, яким керував до 2003 року. Під керівництвом Євгена Гнатовича Гончарука інститут став університетом, отримав статус Національного, і був визнаний головним серед вищих медичних закладів України. Були створені нові факультети

і кафедри, у т. ч. факультет підготовки лікарів для Збройних Сил України (1997), фармацевтичний факультет (1998), медико-психологічний факультет (2001), міжуніверситетський медично-інженерний факультет (2002, сумісно з НТУ «Київський політехнічний інститут»).

Євген Гнатович Гончарук єдиний з українських вчених, який був обраний членом 9 академій: академіком Національної академії наук України (1992), Національної Академії медичних наук України (1993), Академії педагогічних наук України (1993), а також АМН СРСР (1988), РАМН (1993), Міжнародної академії наук вищої школи (1995), Академії природничих наук загальноросійського об'єднання вчених (1995), Польської академії медицини (1997), Всесвітньої академії медицини Альберта Швейцера (1999). З 1990 року Заслужений діяч науки і техніки УРСР. Двічі лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки: у 1997 році за підручник «Загальна гігієна. Пропедевтика гігієни» (Київ, «Вища школа», 1995), у 2002 році за роботу «Важкі метали як небезпечні для людини забруднювачі довкілля України: медико-екологічні дослідження, обґрунтування та досвід впровадження профілактичних заходів».

Наукові дослідження Є. Г. Гончарука охоплювали всі напрямки комунальної гігієни, епідеміологічного вивчення стану здоров'я населення. Широкому загалу читачів скажемо, що комунальна гігієна охоплює гігієну води та водопостачання населених пунктів, санітарну охорону водних об'єктів, санітарну охорону ґрунту і очищення санітарних місць, санітарну охорону атмосферного повітря, гігієну житлових, громадських будівель та споруд, гігієну планування населених місць, гігієнічні значення фізичних чинників в умовах населених місць. За визначенням Є. Г. Гончарука «комунальна гігієна є самостійною галуззю гігієнічної науки, яка вивчає закономірності позитивного і негативного впливу всіх чинників навколишнього, зовнішнього, внутрішнього середовищ та соціально-економічних умов на здоров'я людей у населених місцях, а також впливу людей на навколишнє середовище внаслідок їхньої фізіологічної, побутової і виробничої діяльності». Якщо узагальнено, то завдяки науковим напрямкам Євгена Гнатовича Гончарука були вирішені глобальні соціально-гігієнічні проблеми: запобігання розвитку кишкових інфекційних захворювань серед населення та профілактика гострих і хронічних отруєнь, котрі зумовлені екзогенними хімічними речовинами, пестицидами, солями важких металів, мінеральними добривами, радіонуклідами. Сутність профілактичної спрямованості якраз і полягає у збереженні здоров'я мільйонів людей, яке не вимірюється на сьогодні цифрами статистики. Багато наукових висновків Є. Г. Гончарука кардинально змінили існуючі до цього погляди, зокрема про перебіг самоочищення ґрунту, на глибині до 3-х метрів, що дозволило застосовувати очисні споруди малої каналізації, повсюди, зокрема, в сільській місцевості, унаслідок чого знизився рівень захворюваності мешканців у 12-13 разів, та для каналізування окремих інфекційних лікарень, шкіл-інтернатів, санітарно-курортних закладів тощо в різних кліматичних умовах, у т.ч. і в північних широтах. Обґрунтовані умови застосування нових типів очисних каналізаційних споруд, розроблені нові установки для очищення і знезараження стічних вод. Це потребувало об'єднання наукових зусиль не лише гігієнічних, але й інженерних та технологічних. Світове значення має розроблена акад. Є. Г. Гончаруком теорія і методологія гігієнічного нормування екзогенних хімічних речовин у ґрунті та обґрунтування понад 100 гігієнічних нормативів (гранично допустимих концентрацій) хімічних речовин у ґрунті, розроблення спеціального устаткування для моделювання і вивчення процесів міграції хімічних шкідливих речовин з ґрунту в

атмосферне повітря, підземні води, рослини. Зараз цими напрацюваннями керуються всі науковці цієї галузі, а медичні рекомендації і схеми є складовою частиною підручників для студентів-медиків і не тільки. Розроблена унікальна в медицині модель вивчення токсичності хімічних речовин та радіонуклідів у системі «мати-плід-новонароджений», методи гігієнічної оцінки впливу на людину комбінованої і поєднаної дії шкідливих факторів, впливу радіоекологічного середовища на життєдіяльність людини тощо. Є. Г. Гончарук критично оцінював спроби замінити терміни «гігієнічна наука», «комунальна гігієна» поняттями і термінами «валеологія», «санологія», «екогігієна», «екологія людини», «медична екологія» тощо. Він вважав, що ці поняття є синонімами поняття «гігієна», зокрема «комунальна гігієна», котрі є значно глибшими і ширшими, ніж екологія людини і медична екологія. Всі наукові напрямки і доробки Є. Г. Гончарука мають соціальну спрямованість, активно затребувані наукою та суспільством. Наукові ідеї і напрямки реалізовані і продовжують реалізовуватися його багатьма учнями, однодумцями.

Є. Г. Гончарук підготував 32 докторів і 36 кандидатів медичних наук.

Є. Г. Гончарук висококваліфікований педагог і методист, один з основоположників реформування вищої медичної освіти, безпосередній учасник розроблення концепції медичної освіти в Україні, розробник офіційно затверджених навчальних планів, програм, освітньо-професійних стандартів підготовки лікарів всіх спеціальностей, у т. ч. медико-профілактичної справи. Для студентів на медичному факультеті було введено вивчення гігієни також і на VI курсі (до цього часу дисципліна викладалася лише на III курсі). Він автор низки підручників і посібників для студентів, лікарів інтернів.

Євген Гнатович Гончарук автор понад 500 наукових праць, 15 ти винаходів, понад 100 офіційних нормативних і законодавчих документів, інструкцій, рекомендацій для практичної охорони здоров'я 45 монографій і підручників.

Основні наукові праці: "Сооружения подземной фильтрации бытовых сточных вод" (1967); "Очистка и обеззараживание сточных вод лечебных учреждений"(1973); " Малогабаритные очистные сооружения канализации "(1974); " Очистка питьевых и сточных вод от ядохимикатов "(1975); "Гигиенические основы почвенной очистки сточных вод" (1976); "Санитарная охрана почвы от загрязнения химическими веществами "(1977);"Гигиеническое нормирование химических веществ в почве "(1986); "Изучение влияния факторов окружающей среды на здоровье населения" (1989); «Современные проблемы экогигиены» (1993); "Гигиеническая диагностика радиационного фактора и его коррекция (2001); «Руководство к лабораторным занятиям о коммунальной гигиене» (1977, 1982, 1990); «Общая гигиена» (учебник, 1991); «Загальна гігієна. Пропедевтика гігієни» (підручник, 1995, 2000); «Комунальна гігієна» (підручник, 1986, 2003) та інші. Роботи експонувалися на виставках досягнень, відмічені дипломами, нагородами, відомі далеко за межами України.

Є. Г. Гончарук був активним громадським діячем: член Національного Комітету радіаційного захисту населення України, Комітету з Державних премій України в галузі науки і техніки; патріотичного руху «Пульс України», входив до редакційних рад ряду провідних наукових журналів України: «Журнал АМН України», «Лікарська справа», «Довкілля та здоров'я», «Вісник гігієни та епідеміології», «Український науково-методичний молодіжний журнал», та російських видань: «Большой медицинской энциклопедии», журналів «Гигиена и санитария», «Врачебное дело». Неодноразово обирався депутатом Київської міської Ради народних депутатів.

За наукову, педагогічну і громадську роботу Є. Г. Гончарук був відзначений високими державними нагородами: орденами "Трудового Червоного Прапора" (1976), "Знак Пошани" (1986), Орденом Святого Володимира Академії наук вищої школи України (1995), Почесною відзнакою президента України орденом князя Ярослава Мудрого V ступеня (1996), орденом "За заслуги перед Вітчизною II ступеня", пам'ятною медаллю "10 років незалежності України", Почесною Грамотою Верховної Ради України "За особливі заслуги перед Українським народом", а також Міжнародною золотою зіркою "Medit for Medicine" (1998), великою Золотою медаллю Альберта Швейцера (1999), Золотою зіркою Альберта Швейцера.

Євген Гнатович Гончарук відійшов у вічність 19 квітня 2004 р. на 75 році життя. Похований у Києві на Байковому кладовищі.

Учні, колеги, студенти свято вшановують пам'ять акад. Є. Г. Гончарука. Щороку з 2005 р. у Національному медичному університеті ім. О. О. Богомольця відбуваються наукові читання присвячені його пам'яті, на кафедрі комунальної гігієни та екології людини, якою багато років завідував Євген Гнатович, створено його меморіальний кабінет-музей, на будівлі санітарно-гігієнічного корпусу медичного університету та на будинку, де він мешкав з 1967 по 2004 рік, встановлено гранітну меморіальну дошку, присвячену відомому вченому. Видано книгу «Академик Евгений Игнатьевич Гончарук. Повесть о жизни» / за ред. В. Бардова., 2005 р.

ЛІТЕРАТУРА

1. До 70-річчяч від дня народження академіка Євгена Гнатовича Гончарука // Довкілля та здоров'я. – 2000. – № 1 (12). – С. 25-27
2. Академик Евгений Игнатьевич Гончарук. Повесть о жизни / под ред. чл.-корр. АМН Украины В. Бардова., Нова Книга, Винница, 2005, 168с.
3. Комунальна гігієна. Підручник / за ред.. Є.Г. Гончарука. – К.: Здоров'я, 2003. -728 с.
4. Вікіпедія http://uk.wikipedia.org/wiki/Гончарук_Євген_Гнатович
5. Гончарук Євген Гнатович. Ваше здоров'я: Медична газета України. — 2004 — N 16 (742).
6. Гончарук Євген Гнатович.
http://my.berdychiv.in.ua/images/postati/postaty_goncharuk_evgen.htm

**В.М. ГОРИЦЬКИЙ, Ю.М. ПАНИШКО,
О.І. БУМБАР, В.В. ТАРАСОВ**
ЮРІЙ ЙОСИПОВИЧ БЕРНАДСЬКИЙ
До 100-річчя від дня народження*



Юрій Йосипович Бернадський народився 23 січня 1915 р. в м. Малин Київської губернії в сім'ї службовця залізниці. В 1933-1935 рр. навчався в торфобудівному технікумі (Москва). У 1937 р. поступив у Казанський державний стоматологічний інститут, який закінчив з відзнакою у 1941 р. Після закінчення інституту став ординатором, а з липня 1941 р. – асистентом кафедри хірургічної стоматології КДСІ. У вересні 1941 р. був мобілізований в Червону Армію і з жовтня 1941 р, по жовтень 1942 р. – ординатор, а згодом – начальник щелепно-лицевого відділення евакогоспіталів 1205, 907 на Далекому Сході.

Пройшов курси удосконалення і в 1943-1944 рр. – військовий лікар 3-го рангу; викладач анатомії, терапевтичної та хірургічної стоматології, завідувач навчальної частини зуболікарського відділення Приморського крайового навчально-медичного комбінату у Владивостоці.

В 1944 р. Ю.Й. Бернадського направили в Казанський стоматологічний інститут, де він працював на посаді заступника директора з лікувальної роботи і асистента кафедри хірургічної стоматології. Саме тут він зібрав і систематизував понад 6000 публікацій із всіх розділів стоматології. За пропозицією А.І. Євдокимова у 1946 р. Ю.Й. Бернадського запросили у Московський медичний стоматологічний інститут, де він працював асистентом кафедри хірургічної стоматології до 1949 р. Одночасно працював бібліографом в Центральній бібліотеці МОЗ СРСР і завершував роботу над кандидатською дисертацією, яку захистив у 1948 р. Видав унікальний довідник “Советская стоматологическая литература в период 1917-1945 гг.” (Том I).

В 1949-1951 рр. – Ю.Й. Бернадський був доцентом із курсу щелепно-лищевої хірургії при кафедрі госпітальної хірургії Красноярського медичного інституту. Він брав участь у створенні 20-ліжкового щелепно-лицевого відділення в Крайовій лікарні, був призначений головним стоматологом Крайздороввідділу, організував і очолив Крайове товариство стоматологів і зубних лікарів, організував Крайову науково-практичну конференцію стоматологів, в 1950 р. очолив комплексну медичну експедицію із обстеження здоров'я корінного населення Півночі Красноярського краю. Із серпня 1951 р до 1959 р. Юрій Йосипович працював в Красноярському медичному інституті доцентом з курсу щелепно-лищевої хірургії під керівництвом проф. Г.Н. Лукьянова. Створив 40-ліжкове щелепно-лицеве відділення в Крайовій лікарні, організував і провів 2 науково-практичні конференції стоматологів, створив наукове товариство стоматологів, працював над докторською дисертацією. У 1958 р. захистив докторську

* На пам'ятнику дата народження 1917 р.

дисертацію на тему: “Материалы к проблемы обезболивания в стоматологии”. В цей період в стоматології почав застосовуватися новий анестетик – тримекаїн. У 1959 р. Ю.Й. Бернадського обрано за конкурсом завідувачем кафедри стоматології в Українському інституті удосконалення лікарів (м. Харків), де він працював 2 роки. Організував 40-ліжкове відділення в лікарні. У 1961 р. його перевели на вакантну посаду завідувача кафедри хірургічної стоматології Київського медичного інституту, на якій він пропрацював 28 років (до 1989 р.). У 1972 р. за участю проф. Ю.Й. Бернадського створено відділення пухлин голови і шиї Київського рентгено-радіологічного онкологічного інституту. В 1989-1999 рр. – був професором-консультантом цієї кафедри. За цей час клінічна база кафедри розширена з 30 до 120 ліжок, створений пункт цілодобової невідкладної допомоги щелепно-лицевим дорослим хворим, а від 1980 р. – щелепно-лицеве відділення на 60 ліжок для дітей.

За час роботи у ВУЗі під керівництвом і при консультації Ю.Й. Бернадського було захищено 14 докторських і 52 кандидатські дисертації. Він був автором близько 420 друкованих праць, в т.ч. 18 підручників, монографій і керівництв для лікарів, 25 методичних рекомендацій, отримав 24 авторських свідоцтва на винаходи, рацпропозиції.

Результати наукових досліджень доповідалися на Всесоюзних, республіканських, крайових з'їздах, конференціях, а також міжнародних конгресах. Велика і плідна діяльність проф. Ю.Й. Бернадського знайшла громадське визнання. Він був обраний Почесним головою Всесоюзного наукового товариства стоматологів, почесним членом 14 республіканських, крайових і обласних наукових товариств стоматологів, членом редакційної ради журналу “Стоматологія”. Після виникнення незалежної України сприяв створенню в 1996 р. Української Асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів, почесним президентом якої був обраний колегами-професорами. Помер 23 березня 2006 р. на 92 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Глазунова Л. Гетьман стоматології / Л. Глазунова // Освіта. – 1995. – 22 лютого. – С. 11.
2. Профессор Юрий Бернадский: “Я жизнь прожил на острие ножа, оставшись в основном во званьи человека” // Дент-Арт. – 2001. – №3. – С. 64-74.
3. Бернадський Юрій Йосипович // ЕСУ. – 2003. – Т.2. – С. 531.
4. Профессор Юрий Йосифович Бернадский. (К 90-летию со дня рождения) // Вісник стоматології. – 2005. – №1. – С. 106-107.
5. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Бернадський Юрій Йосипович]. – С. 20-21.
6. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліогр. довід. / Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Бернадський Юрій Йосипович]. – С.20-21.

ІРИНА ІВАНІВНА ДАЦЕНКО

До 90-річчя від дня народження



Життєвий шлях Ірини Іванівни Даценко розпочався 30 січня 1925 р. у м. Рівному в сім'ї економіста. Швидко минули дитячі роки у родинному колі і червнева неділя 1941 р. швидко розвіяла всі дитячі мрії. Роки окупації, тяжка праця, голодне та холодне життя і смерть – все це побачила дівчинка у свої юнацькі роки. В тяжкі воєнні роки Ірина втратила батька, сестру, брата і залишилася з мамою. Саме мамі вона завдячує своїм інтелектуальним ростом і бажанням вчитися. У 1946 р. вона поступила на медичний факультет Львівського медичного інституту і закінчила його з відзнакою у 1951 р. Разом зі своїм чоловіком, однокурсником Яковом Кравчуком, поїхала працювати в Сокальську районну лікарню Львівської області.

У 1953-1955 рр. Ірина Іванівна навчалася в аспірантурі при кафедрі загальної гігієни ЛДМІ, яку в той час очолював проф. В.З. Мартинюк. Це був час самовідданої праці, який завершився захистом кандидатської дисертації на тему: “Загрязнение окисью углерода воздуха кабин автомобилей и улиц Львова и влияние её на организм работников автотранспорта”. Ірина Іванівна почала працювати асистентом кафедри загальної гігієни (1955-1959). У 1959 р. її обрано на посаду доцента кафедри, де вона працювала до 1969 р. У 1966 р. І.І. Даценко захистила докторську дисертацію на тему: “Окись углерода во внешней среде и возможность хронических интоксикаций” і в 1967 р. отримала вчений ступінь доктора медичних наук.

Ірина Іванівна продовжувала вивчати забруднення атмосферного повітря міста Львова оксидом вуглецю і його вплив на здоров'я людей у звичайних умовах, а також в експерименті на тваринах. Сама собі брала кров з вени для дослідження на наявність карбоксигемоглобіну, уночі ходила в лабораторію кафедри визначати наявність карбоксигемоглобіну у крові шоферів після зміни, яку вони закінчували опівночі, а кров не можна було довго зберігати. У 1968 р. І.Даценко була обрана на посаду декана санітарно-гігієнічного факультету. Обов'язки декана виконувала упродовж 10 років, віддаючи багато сил і енергії підготовці санітарних кадрів для республіки.

У 1970 р. ознаменувався дуже важливою подією в житті Ірини Іванівни. Вона отримала вчене звання професора. І саме в 1970 р. Ірину Іванівну обрано на посаду завідувача кафедри загальної гігієни з екологією ЛДМІ. На цій посаді вона пропрацювала до 1999 р., коли за віковим статусом була переведена на посаду професора кафедри. Усі ці майже 30 років своєї діяльності на посаді завідувача кафедри вона плідно працювала, була автором близько 390 наукових і навчально-методичних праць, в т.ч. монографій, підручників, словників: “Хронічні оксидвуглецеві інтоксикації” (1957 р. у співавторстві), “Інтоксикація окисом вуглецю та шляхи її послаблення” (1971 р., у співавторстві), “Гігієна планування і обладнання житла” (1978 р., у співавторстві), “Гігієна праці і харчування робітників паливної промисловості” (1978 р., у співавторстві), “Хімічні забруднювачі повітряного середовища і працездатність людини” (1985 р., у співавторстві), “Охорона навколишнього середовища від викидів хімічної промисловості” (1986 р., у співавторстві), “Хімічна промисловість і охорона навколишнього

середовища” (1986 р., у співавторстві), “Сучасні проблеми гігієни навколишнього середовища” (1997 р., у співавторстві), “Умови праці з комп’ютером і їх оптимізація” (1998 р., у співавторстві), “Клімат Львова” (1998 р., у співавторстві), навчальні посібники: “Повітряне середовище і здоров’я” (1981 р.), “Жива вода” (1984 р.), “Інтернатурса” (1987 р., у співавторстві), “Загальна гігієна. Керівництво до практичних занять” (1988 р., у співавторстві), “Загальна гігієна. Посібник для практичних занять” (1992 р., у співавторстві), “Орфографічний словник українських медичних термінів” (1992 р., 1993 р., у співавторстві), “Основи соціоекології” (1995 р., у співавторстві), “Українсько-латино-англійський медичний тлумачний словник” (1995 р., у співавторстві), підручник “Основи загальної і тропічної гігієни” (1995 р., у співавторстві), “Профілактична медицина. Загальна гігієна з основами екології” (1999 р., у співавторстві), “Гігієна та екологія людини” (2000 р.), “Загальна гігієна. Посібник для практичних занять” (2001 р., у співавторстві), “Загальна гігієна. Словник-довідник” (2002 р., у співавторстві), підручник “Гігієна праці та виробнича санітарія” (2002 р., у співавторстві), підручник “Профілактична медицина. Загальна Гігієна з основами екології” (2004 р., у співавторстві).

Професор І. Даценко підготувала 18 кандидатів медичних наук.

Її обирали депутатом Червоноармійської районної ради м. Львова, членом редакційної колегії щорічника “Гігієна населених місць”, вона була членом правління Українського наукового товариства гігієністів та санітарних лікарів, членом правління Львівського обласного відділення Українського товариства гігієністів, членом ради Інституту регіональних екологічних проблем при Львівському університеті, членом спеціалізованої Вченої ради Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Нагороджена орденом “Знак Пошани”, значком “Відмінник охорони здоров’я”, медаллю “Ветеран праці”, численними почесними грамотами. У 2003 р. нагороджена медаллю Верховної Ради України “Десять років незалежності України”.

У 1992 році І.І. Даценко обрана дійсним членом Наукового товариства ім. Шевченка, головою Лікарської комісії НТШ, головним редактором “Лікарського збірника” НТШ. Вона була почесним членом Українського лікарського товариства. У 1996 р. була обрана членом Нью-Йоркської АН, у 2002 р. – обрана академіком АН Вищої школи України.

Померла 23 березня 2006 р. на 82 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. 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: [Ірина Даценко]. – С. 14,301-302.
2. Львівський державний медичний інститут / за ред.: М. Павловського, І. Даценко, Л. Петрух. – Львів: Словник, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Ірина Даценко]. – С. 26, 27, 31, 41, 43, 52, 96, 99, 100, 101, 102, 215, 217.
3. Хто є хто в охороні здоров’я і медицині України – К.: Медінформатика, 1997. – С. 54.
4. Гоцко-Ней Любов-Ірина. Українське лікарське товариство у Львові (1990-2000 рр. / Любов-Ірина Гоцко-Ней. – Львів, 2000. – 67 с. – Зі змісту: [Ірина Даценко]. – С. 42.
5. Академіки Академії наук вищої школи України: Довідник. – Київ, 2001. – С. 115.
6. Хто є хто на Львівщині / Автор-упоряд. В. Болгов. – Київ, 2004. – 272 с. – 328 с. – Зі змісту: [Ірина Даценко]. – С. 123

7. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [І. Даценко]. – С. 186.
8. Іванова К. Життя присвячую Україні. Життєвий шлях і діяльність Ірини Даценко / К. Іванова // Лікарський збірник. Нова серія. – Т. XIV: До 80-ліття від дня народження Ірини Даценко. – Львів-Чикаго, 2005. – С. 9-46.
9. Романів О. Промотер відродження життєствердних традицій / О. Романів // Лікарський збірник. Нова серія. – Т. XIV: До 80-ліття від дня народження Ірини Даценко. – Львів-Чикаго, 2005. – С. 47-48.
10. Павловський М. Професор Ірина Іванівна Даценко. (До 80-річчя від дня народження) / М. Павловський // Лікарський збірник. Нова серія. – Т. XIV: До 80-ліття від дня народження Ірини Даценко. – Львів-Чикаго, 2005. – С. 50-52.
11. Пластунов Б. Патріарх Львівської школи гігієністів. (З нагоди 80-ліття професора Ірини Іванівни Даценко) / Б. Пластунов // Лікарський збірник. Нова серія. – Т. XIV: До 80-ліття від дня народження Ірини Даценко. – Львів-Чикаго, 2005. – С. 52-56.
12. Банах О. Деякі штрихи до історії хроматографічних досліджень цеолітів на кафедрі загальної гігієни / О. Банах // Лікарський збірник. Нова серія. – Т. XIV: До 80-ліття від дня народження Ірини Даценко. – Львів-Чикаго, 2005. – С. 56-59.
13. Баранський Р. Гуманізм і громадянська позиція у традиції / Р. Баранський // Лікарський збірник. Нова серія. – Т. XIV: До 80-ліття від дня народження Ірини Даценко. – Львів-Чикаго, 2005. – С. 59-60.
14. Кіт Ю. Господарі актового дня гігієністи / Ю. Кіт // Лікарський збірник. Нова серія. – Т. XIV: До 80-ліття від дня народження Ірини Даценко. – Львів-Чикаго, 2005. – С. 61-62.
15. Пундій П. Людина великої душі і щирого серця / П. Пундій // Лікарський збірник. Нова серія. – Т. XIV: До 80-ліття від дня народження Ірини Даценко. – Львів-Чикаго, 2005. – С. 62-64.
16. Михайлик О. Науковість, патріотизм та висока духовність учених / О. Михайлик // Лікарський збірник. Нова серія. – Т. XIV: До 80-ліття від дня народження Ірини Даценко. – Львів-Чикаго, 2005. – С. 64-66.
17. Даценко І.І. // ЕСУ. – Київ: НАН України, 2007. – Т. 7. – С. 239.
18. Штабський Б. Даценко Ірина Іванівна / Б. Штабський, М. Гжегоцький // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2006 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2006. – С. 86.
19. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліогр. довід. / Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Даценко Ірина Іванівна]. – С.5, 57, 58.
20. Штабський Б. Даценко Ірина Іванівна / Б. Штабський, М. Гжегоцький // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2006 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 100.

Хроніка січня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

В січні – 210 років від дня народження **Густава Адольфа Вольфа**, австрійського вченого. Закінчив у 1832 р. медичний факультет Празького університету. Стажувався в Зальцбургу, Берліні, Гессені. У 1832-1837 рр. викладач хімії, за сумісництвом – викладач хірургії Празького університету; в 1837-1841 рр. – професор фармакогнозії та фармацевтичної хімії Празького університету, в 1841 р. – професор хірургії та судової медицини Зальбурзького університету; в 1842-1850 рр. – професор Медико-хірургічного інституту в м. Зальцбург. У 1850-1870 рр. – професор загальної і технологічної хімії Львівської технічної академії (нині НУ “ЛП”), за сумісництвом – професор фармакогнозії та фармацевтичної хімії, керівник кафедри хімії Львівського університету (1855-1856). Був членом Празького наукового товариства (1854-1856); товариства німецьких природознавців та лікарів (1858), Віденського лікарського товариства. Помер у 1873 р. у Львові на 68 році життя.

10 січня – 140 років від дня народження **Яна Грека**, польського лікаря. У 1901 р. закінчив медичний факультет Львівського університету. У 1901-1907 рр. працював асистентом кафедри гістології та ембріології; у 1907-1912 рр. – асистент кафедри внутрішніх хвороб Львівського університету; у 1912-1914 рр. – займався приватною практикою; у 1914-1921 рр. – лікар австрійської та польської армії; у 1921-1928 рр. – доцент, у 1928-1930 рр. – професор кафедри внутрішніх хвороб Львівського університету. У 1939-1941 рр. – завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Львівського медичного інституту. У 1926 р. був Президентом Львівського лікарського товариства. Був автором 22 наукових праць, присвячених проблемам діагностики та лікування висипного тифу, цирозу печінки, Базедової хвороби, септичних станів. Загинув 4 липня 1941 р. на 67 році життя (без суду страчений нацистськими окупантами).

10 січня – 130 років від дня народження **Івана Соломоновича Беріташвілі (Берітова)**. Народився в с. Веджині (Кахетія). У 1910 р. закінчив Петербурзький університет. Працював у лабораторіях М.Є.Введенського (Петербург), Р. Магнуса (Нідерланди), В.Ф. Самойлова (Казань). У 1915-1919 рр. працював на кафедрі фізіології Новоросійського університету. Від 1919 р. – завідувач кафедри фізіології Тбіліського університету. Від 1941 р. працював в організованому ним Інституті фізіології АН Груз РСР (в 1941-1951 рр. – директор). Наукові дослідження присвячені нейрофізіології та вищої нервової діяльності. Вивчав закономірності координуючої діяльності НС, відкрив (1922) явище загального гальмування, доказав ритмічну природу центрального гальмування. Створив вчення про психонервову діяльність. Почав досліджувати механізми поведінки тварин методом вільних рухів. Один із основоположників радянської електрофізіології. Автор керівництва “Общая физиология мышечной и нервной систем”. Був членом багатьох іноземних академій та товариств. Отримав премію ім. І.П. Павлова АН СРСР (1938), Сталінську премію (1941), Премію ім. І.М. Сеченова АН СРСР (1962). Герой Соціалістичної праці (1964). Помер 30 грудня 1974 р. на 90 році життя.

13 січня - 235 років від дня народження **П'єра Жана Робіке**, французького хіміка-органіка. Працював у хімічних лабораторіях Ботанічного саду у А.Ф. Фуркруа (1798) та Л.Н. Воклена в Політехнічній школі (1799). У 1799 р. був мобілізований в армію і став військовим аптекарем. Брав участь в Італійській кампанії Наполеона. У 1807 р. працював у лабораторії Л.Н. Воклена, а потім заснував власну аптеку. Від 1811 р. викладав хімію в Політехнічній та Вищій фармацевтичній (від 1814 р.) школах в Парижі. У 1824 р. подав у відставку і до кінця життя був казначеєм у Вищій фармацевтичній школі. Наукові роботи присвячені органічному аналізу. У 1806 р. відкрив аспарагін, у 1821 р. – кофеїн, незалежно від П.Ж. Пельтьє, Ж.Б.Каванту, Ф.Ф. Рунге. У 1817 р. виділив із опіума наркотик, а в 1832 р. кодеїн, в 1826-1827 рр. виділив алізарин і пурпурин із марени; в 1830 р. – амігдалин із гіркого миндаля. Від 1833 р. був членом Паризької АН. Помер 29 квітня 1840 р. на 61 році життя.

13 січня – 145 років від дня народження **Роса Гренвіла Гаррісона**, американського біолога. У 1889 р. закінчив Університет Дж. Гопкінса в Балтиморі. У 1899-1907 рр. – професор анатомії в цьому університеті; у 1907-1938 рр. – професор Йельського університету; у 1938-1945 рр. – Голова Національної Ради досліджень у Вашингтоні, одночасно - науковий директор Рокфеллерівського інституту медичних досліджень у Нью-Йорку, його віце-президент (від 1939 р.). Наукові дослідження присвячені експериментальній ембріології. Займався трансплантацією тканин зародка та міжвидовою пересадкою, вивчав закономірності росту і розвитку окремих тканин і організмів тварин (кінцівок, очей, ЦНС), вияснив їх взаємовпливи. Запропонував метод культивування ізольованих тканин і вперше (1907) спостерігав зростання нервового волокна поза організмом. Виконав роботи по регенерації периферичних нервів, виявив роль нервової системи в диференціації ембріональної м'язової тканини. Видавець журналу “Експериментал зоолоджі” (1903-1946). Був членом НАН США, Американської АН і мистецтв, членом Національного комітету ЮНЕСКО (1946-1951), низки наукових товариств. Удостоєний багатьох наукових нагород. Помер 30 вересня 1959 р. на 90 році життя.

14 січня – 100 років від дня народження **Соломона Ароновича Гіллера**, латиського хіміка-органіка. Народився в Ризі. У 1941 р. закінчив Латвійський університет. У 1942-1946 рр. працював на Казанському хлібопекарному заводі, в 1946-1957 рр. – в Інституті лісогосподарських проблем АН ЛатвРСР. У 1957 р. організував і очолював до кінця життя Інститут органічного синтезу АН ЛатвРСР, одночасно був професором Ризького політехнічного інституту (від 1964) та Латвійського Університету (від 1973). Був академіком АН Латв РСР (від 1958), академіком-секретарем Відділення хімічних і біологічних наук АН ЛатвРСР (1963-1975). Наукові роботи присвячені дослідженню методів синтезу фізіологічних активних сполук, переважно гетероциклічного ряду. Вивчав реакції фуранових сполук, зокрема, 5-нітрофурана. Отримав низку синтетичних аналогів нуклеотидів і нуклеїнових кислот. Синтезував і впровадив у виробництво фізіологічно активні речовини – фурацилін, ПАСК, фуразолідон, фурагін, фторофур (1969), солафур, діоксоній, іміфос. У 1965-1975 рр. був головним редактором журналу “Хімія гетероциклічних сполук”. У 1951 р. отримав Державну премію СРСР. Помер 7 червня 1975 р. на 61 році життя.

15 січня - 230 років від дня народження **Уільяма Праута**, англійського хіміка і біохіміка. У 1811 р. закінчив Едінбурзький університет, де отримав медичну освіту. У 1815 р. висунув гіпотезу, відповідно до якої атомні маси елементів можуть бути виражені цілими числами, кратними атомній масі водню, оскільки водень є первинною матерією – складовою частиною всіх елементів. Гіпотеза викликала появу багатьох робіт із точного визначення атомної маси хімічних елементів і стала першою вказівкою на складну будову атомів. Проводив дослідження в галузі органічної хімії. Помер 9 квітня 1850 р. на 66 році життя.

15 січня – 120 років від дня народження **Арттури Ілмарі Віртанена**, фінського біохіміка. У 1916 р. закінчив Гельсінгфорський університет. У 1916-1919 рр. працював в Центральній промисловій лабораторії в Хельсінкі, в 1919-1920 рр. – у фірмі “Валіо”; в 1920-1924 рр. удосконалювався в Швейцарії, Німеччині в галузі бактеріології та ензимології, в Швеції, зокрема, в лабораторії Г.Ейлер-Хельпіна в Стокгольмському університеті. У 1924-1948 рр. викладав у Хельсінському університеті (від 1931 - професор), одночасно професор Фінського технологічного інституту (1931-1939) і директор Біохімічного інституту (1931-1973). Основні наукові роботи відносяться до біохімії кормів. У 1928-1929 рр. розпрацював метод консервації кормів, що полягав в їх підкисленні сумішшю соляної та сірчаної кислоти до рН 4, внаслідок чого припиняються бактеріальні та ферментативні процеси. Цей метод (АІВ-метод за ініціалами вченого) отримав широке застосування в сільському господарстві багатьох країн. Розпрацював методи консервації молока, масла, займався покращенням технології виробництва сирів.

У 1945 р. отримав Нобелівську премію з хімії “за дослідження та винаходи в галузі сільського господарства та харчової хімії, в особливості за метод консервавання кормів”.

Член Фінської АН і літератури (від 1927), її президент (1944-1945), Президент Академії Фінляндії (1948-1963). Помер 11 листопада 1973 р. на 79 році життя.

16 січня – 140 років від дня народження **Леонора Міхаеліса**, німецького біохіміка і хіміка-органіка. У 1896 р. закінчив Берлінський університет. Продовжував навчатися у Фрейбургському університеті в 1896-1897 рр. У 1899-1902 та у 1906-1922 рр. працював у Муніципальній лікарні в Берліні, в 1902-1906 рр. – в Інституті із дослідження раку, одночасно від 1905 р. – в Берлінському університеті (від 1908 р. – професор). В 1922-1926 рр. – професор медичної школи в Нагої (Японія). У 1926-1929 рр. читав лекції в університеті Дж. Хопкінса в Балтиморі. Від 1929 р. працював у Рокфеллерівському інституті медичних досліджень в Нью-Йорку. Наукові роботи присвячені вивченню ферментативних реакцій. У 1913 р. увів константу в рівняння залежності швидкості ферментативної реакції від концентрації субстрату в стаціонарному стані процесу (константа Міхаеліса). Показав, що глюкоза в крові існує у вільному стані. Досліджував проникненість клітинних мембран. Помер 8 жовтня 1949 р. на 75 році життя.

17 січня – 455 років від дня народження **Каспара Баугіна**, французького лікаря і ботаніка, який із сім'єю втік з Парижа в Базель. Отримав освіту в університетах Базеля, Падуї (Італія) і Монпельє (Франція). В університеті Тюбінгена вивчав ботаніку із праць Леонарда Фукса (1501-1566). У 1580 р. повернувся в Базель. Читав приватні лекції з ботаніки та анатомії. В 1581 р. отримав вчений ступінь доктора медицини. В 1582 р. став професором грецької мови в Базельському університеті, а в 1588 р. – професором анатомії та ботаніки в цьому ж університеті. Пізніше займав посаду міського лікаря, ректора і декана свого університету, проводив медичну практику. У 1614 р. змінив Фелікса Платтера на кафедрі медицини і став першим професором медицини і старшим лікарем (фізикусом). К. Баугін був першим систематиком рослин. Вивчив і описав близько 5000 рослин. Поділив їх на 12 “книг” (груп або класів), кожну групу - на секції, секції - на роди, роди - на види. Дав більшості видів подвійну назву, тобто бінарну номенклатурну, остаточно закріплену К. Ліннеєм. Його іменем названий рід баугінія. В анатомії баугініва заслона означає місце переходу останньої петлі клубової кишки в товсту кишку. Помер 5 грудня 1624 р. на 65 році життя.

17 січня – 135 років від дня народження **Георгія Леонтійовича Стаднікова**, російського хіміка. У 1904 р. закінчив Московський університет і до 1912 р. працював там же. У 1912-1919 рр. працював у Новоросійському університеті в Одесі, у 1920-1922 рр. – у Фізико-хімічному інституті ім. Л.Я. Карпова; у 1923-1930 рр. – керівник лабораторії хімії вугілля при науково-технічному управлінні ВРНГ. У 1930-1933 рр. працював у ВНДІ штучного рідкого палива і газу і одночасно в Сланцевому інституті. В 1934-1938 рр. – в Інституті горючих копалин АН СРСР. В 1938 р. заарештований і в 1939-1955 рр. – працівник Центральної вуглехімічної лабораторії комбінату “Воркутауголь”. В 1955 р. реабілітований за відсутністю складу злочину. В 1955-1959 рр. працював в Інституті нафти АН СРСР. Від 1959 р. на пенсії. Наукові роботи в галузі органічної хімії і вуглехімії. У 1906 р. разом з М.Д. Зелінським відкрив реакцію отримання α -амінокислот взаємодією аліфатичних, ациклічних і ароматичних альдегідів або кетонів із сумішшю ціаніду калію і хлориду амонію. У 1920 р. розпочав дослідження з хімії і генезису каустобіолітів (торф, сланці, вугілля, нафта, бітум). Розробив метод обезводнення гідроторфу. Досліджував бітуми торфів, вугілля. У 1965 р. пояснив процес самозагорання вугілля і запропонував способи розпізнавання породи, що самозагоряється. Помер 18 лютого 1973 р. на 94 році життя.

18 січня – 190 років від дня народження **Едуарда Франкленда**, англійського хіміка-органіка. До 1845 р. навчався в Музеї практичної геології в Лондоні, далі – в Марбурзькому університеті під керівництвом Р.В. Бунзена. В 1849 р. – доктор філософії. Від 1851 р. професор Оуенс-коледжу в Манчестері; від 1857 р. працював у госпіталі Сент-Бартолем'ю в Лондоні; від 1883 р. – в Королівському інституті в Лондоні, в 1865-1885 рр. – в Королівському хімічному

коледжі в Лондоні. Наукові дослідження охоплюють низку напрямків загальної і органічної хімії. Під керівництвом А.В. Г. Кольбе (1818-1884) отримав пропіонову кислоту. В 1852 р. отримав алкільні похідні олова та ртуті, ввів термін “метало-органічні сполуки”. В цьому ж році ввів поняття про “з’єднуючу силу”, що стало попередником поняття валентності. У 1862 р. синтезував органічні похідні бора та літію. У 1864 р. вивчав властивості ацето-оцтового ефіру. Виявив трьох- і п’ятивалентність азоту, фосфору, миш’яку, сурми. У 1861-1868 рр. досліджував вплив атмосферного тиску на процес горіння. Від 1853 р. був членом Лондонського королівського товариства. У 1871-1873 рр. – президент Лондонського хімічного товариства. Помер 9 серпня 1899 р. на 75 році життя.

18 січня – 140 років від дня народження **Олексія Івановича Абрикосова**, російського медика-патологоанатома. Народився в Москві. У 1899 р. закінчив медичний факультет Московського університету. У 1900 р. стажувався в клініках Відня, Парижа, Берліна. Від 1902 р. працював у Московському університеті. Від 1918 р. – у 1-му Московському медичному інституті (у 1918-1953 рр. – завідувач кафедри патологічної анатомії), у 1944-1951 рр. – директор Інституту нормальної і патологічної морфології АМН СРСР. Керував вскрыттям тіл В.І. Леніна (1924), В.П. Ногіна (1924), М.В. Фрунзе (1925), В.М. Бехтерева (1927), В.В. Куйбишева (1935). О.І. Абрикосов у 1939 р. був обраний академіком АН СРСР, в 1944 – академіком АМН СРСР, був віце-президентом АМН СРСР (1944-1948). У 1942 р. він став лауреатом Сталінської премії I ст. У 1951 р. О.І. Абрикосов та його дружина були репресовані у зв’язку з так званою справою “лікарів-шкідників”. Наукові дослідження присвячені морфогенезу і класифікації легеневого туберкульозу, патологічній анатомії симпатичних нервових вузлів, пухлинам м’язової системи, проблемам сепсису. О.І. Абрикосов був нагороджений медалями СРСР., був відзначений званням Героя Соціалістичної праці (1945). Помер 9 квітня 1955 р. на 81 році життя.

20 січня – 235 років від дня народження **Ернста Вітманна**, польського ботаніка. Закінчив філософський та медичний факультети Віденського університету. У 1812-1817 рр. працював професором ботаніки та мікології Віденського університету; у 1819-1828 рр. – професор ботаніки Львівського університету. У 1829 р. переїхав до Відня. Досліджував флору Галичини. особливо гриби, поповнив гербарій Львівського університету, автор проекту та співорганізатор ботанічного саду Львівського університету (1823-1829). Одна з рослин родини хрестоцвітих - названа на його честь - жовтушник Вітманна. Таблиці рослин, описані Е. Вітманном, використовувалися в школах. Оpubлікував 5 наукових праць. Помер у Відні в 1836 р. на 56 році життя.

20 січня – 195 років від дня народження **Франціска Гатшера**, австрійського лікаря. У 1845 р. закінчив медичний факультет Віденського університету. У 1850-1857 рр. - професор судової медицини юридичного факультету Львівського університету, у різний час викладав юридичні аспекти медичної практики, надання невідкладної медичної допомоги, основи гігієни та епідеміології. У 1871-1872 рр. – професор судової медицини Віденського університету. У 1845 р. написав дисертацію на тему: “De diabete mellito”. Помер 1 серпня 1882 р. на 63 році життя.

22 січня – 160 років від дня народження **Альберта Людвіга Найссера**, німецького лікаря. У 1877 р. закінчив медичний факультет Вроцлавського університету. У 1877-1879 рр. працював інтерном дерматологічної клініки Вроцлавського університету; у 1879 р. досліджував осередки прокази у Трондгеймі, Молде, Берген у Норвегії; у 1880 р. – доцент Лейпцигського університету; у 1882-1916 рр. – професор, директор клініки шкірних та венеричних хвороб Вроцлавського університету. засновник та перший керівник Німецького дерматологічного товариства (1888), Німецького товариства боротьби з венеричними захворюваннями (1902), Dostog honoris Causa медичного факультету Львівського університету (1911). Наукові дослідження присвячені проблемі дерматовенерології. У 1879 р. відкрив збудника гонореї –

диплокока, названого на його честь *Neisseria gonorrhoeae*, запропонував новий метод обробки і фарбування препаратів, на власні кошти організував 2 науково-дослідні експедиції на о. Ява, вивчав сифіліс і спільно з А. Вассерманом розробив метод серодіагностики сифілісу. Помер 30 липня 1916 р. на 62 році життя.

23 січня – 230 років від дня народження **Карла Адольфа Агарда**, шведського ботаніка і альголога. Закінчив Лундський університет. У 1807 р. був призначений доцентом математики в Лундському університеті. У 1812 -1834 рр. – професор ботаніки цього університету. Відомий своїми працями в галузі альгології (відкрив 49 нових видів водоростей). В 1816 р. був призначений пастором в Шонене, в 1834 р. обраний єпископом Карлстада. Займався також богословськими проблемами і написав декілька праць. В 1826-1828 рр. працював у комітеті народної освіти. Обраний представником в риксдаг, займався проблемами господарства. Помер 28 січня 1859 р. проживши 74 роки і 5 днів.

24 січня – 100 років від дня народження **Віктора Андрійовича Яковлева**, російського хіміка. У 1940 р. закінчив Військову академію хімічного захисту. До 1961 р. працював у різних лабораторіях хімічного захисту рослин в Ленінграді, у 1962-1967 рр. – в Інституті хімічної фізики АН СРСР, в 1967-1977 рр. – директор ВНД вітамінного інституту. Роботи вченого присвячені вивченню механізмів дії ферментів та ін. фізіологічно активних речовин, а також інсектицидів. У 1950-ї роки вивчав взаємодію фосфорорганічних інсектицидів з ферментом холінестеразою, що дозволило планувати синтез нових інсектицидів та ліків. Від 1967 р. вивчав кінетику і механізм дій коферментів. Помер 20 квітня 1977 р. на 63 році життя.

24 січня – 85 років від дня народження **Сергія Наумовича Єфуні**, російського фізіолога і анестезіолога. Народився в м. Грозному. У 1954 р. закінчив 2-й Московський медичний інститут. У 1954-1956 рр. працював лікарем в Алтайському краї, у 1956-1959 рр. - працював викладачем в 2-му Московському медичному інституті, в 1959-1964 рр. – в 1-му Московському медичному інституті. Від 1964 р. працює у Всесоюзному науковому центрі хірургії АМН СРСР. Основні напрямки наукових досліджень: вивчення механізмів впливу високого тиску кисню на функціональні системи і структури організму. Один із авторів методу знечуження – післяопераційного наркозу закисом азоту. Розпрацював принципово новий метод оксигенації організму за допомогою мікроемульсій кисню, гіпербаричну оксигенацію для стимуляції репаративних процесів. У 1977 р. був нагороджений Державною премією СРСР.

25 січня – 115 років від дня народження **Теодозіуса Добжанського**, американського генетика. Народився в Немирові (нині Вінницької області). У 1921 р. закінчив Київський університет. До 1924 р. працював у Київському університеті, в 1924-1927 рр. працював у Ленінградському університеті. У 1927 р. переїхав у США. У 1928-1940 рр. працював у Каліфорнійському технологічному інституті в Пассадені (від 1936 р. – професор, в 1940-1972 рр. – професор Колумбійського університету, від 1962 р. – також професор Рокфеллерівського університету в Нью-Йорку. Наукові дослідження присвячені генетиці популяцій дрозофіли, низці проблем безпліддя гібридів. Автор праць із інверсійного поліморфізму дрозофіли. Разом з Е. Фордом, Дж. М. Смітом отримав інформацію про швидкість природного відбору в популяціях. Був членом Лондонського королівського товариства, Німецької академії природодослідників “Леопольдіна”, Королівської шведської АН, Данського королівського товариства наук. У 1858 р. отримав Кімберовську премію.

26 січня – 125 років від дня народження **Віталія Григоровича Хлопіна**, російського радіохіміка. У 1914 р. закінчив Геттінгенський і в 1912 р. Петербурзький університети. Від 1915 р. працював у Радіологічній лабораторії Російської АН, від 1922 р. – в Радієвому інституті в Петрограді / Ленінграді, в 1939-1950 рр. – директор інституту, одночасно від 1924 р. в Ленінградському університеті (від 1934 р. – професор). Був одним із основоположників радянської радіохімії та радієвої промисловості. У 1918-1921 рр. керував разом з І.Я. Башиловим (1892-1953) створенням першого в Росії радієвого заводу, на якому були отримані

(1921) перші препарати радію із вітчизняної сировини. У 1924 р. встановив закон розподілу мікрокомпонентів між кристалами і насиченим розчином (закон Хлопіна). Вивчав умови міграції радіоактивних елементів в земній корі і розпрацювала (1947) метод визначення абсолютного віку порід. Запропонував об'ємний метод визначення ванадію. Під його керівництвом розроблена технологія промислового отримання плутонію з урану. Створив школу радянських радіохіміків. Від 1934 р. – академік АН СРСР. У 1949 р. отримав звання Героя Соціалістичної Праці. Державні премії СРСР (1943, 1946, 1949). Помер 10 липня 1950 р. на 61 році життя.

28 січня – 170 років від дня народження **Віктора Васильовича Пашутіна**, російського фізіолога і патофізіолога. У 1868 р. закінчив Медико-хірургічну академію в Петербурзі. Учень І.М. Сеченова. В 1868 р. працював в клініці С.П. Боткіна, в 1872 р. – в лабораторіях К.Ф. В. Людвіга та Р.П.Г. Гейденгайна в Німеччині. Від 1874 р. – завідувач кафедри загальної патології Казанського університету, де заснував першу в Росії лабораторію експериментальної патології. Від 1874 р. – професор Медико-хірургічної академії, від 1890 р. – начальник Військово-медичної академії. Наукові дослідження В.В. Пашутіна широкомасштабні. У 1865 р. доказав гальмівну дію черевних нервів на діяльність м'язів кишківника. У цьому ж році виявив і пояснив фазовість нервових процесів у спинномозкових центрах. Вивчав діастатичні властивості слини, кишкових соків і водних настоянок із різних органів і слизових оболонок. У 1869 р. виявив, що слизова тонкого кишківника виробляє фермент, який назвали інвертазою. Сконструював перший в світі апарат для вимірювання газообміну, виміряв основний обмін у людини та тварин (1893). Розпрацював проблеми порушення обміну речовин і терморегуляції, кисневої та вітамінної недостатності. Помер 2 лютого 1901 р. на 57 році життя.

29 січня – 100 років від дня народження **Петра Миколайовича Бургасова**, російського епідеміолога, імунолога. Народився в Тулі. Після закінчення 7 класу поступив у ФЗУ Тульського збройового заводу. Після закінчення ФЗУ став слюсарем-зброярем. Після закінчення 4-го вечірнього курсу робфаку в Тулі поступив на лікувальний факультет 2-го Московського медичного інституту, який закінчив у 1938 р. Поступив в аспірантуру Всесоюзного інституту експериментальної медицини імені О.М. Горького на спеціалізацію “мікробіологія”. Після закінчення Фінської кампанії П.М. Бургасова, військового лікаря 3-го ранку повернули в аспірантуру. У 1941-1945 рр. – він військовий лікар-епідеміолог. В квітні 1950 р. був переведений на роботу в Раду Міністрів СРСР. У 1965 р. П.М. Бургасов був призначений головним державним санітарним лікарем СРСР і пропрацював на цій посаді 21 рік. В червні-вересні 1970 р. брав участь в ліквідації холери “Ель-Тор” в Батумі і в Астрахані. В 1971 р. попередив розвиток холери “Ель Тор” в Новосибірську. У 1979 р. брав участь в ліквідації епідемії сибірської виразки у Свердловську. До кінця 80-х років – головний редактор журналу “Генетика і мікробіологія”. У 1974 р. обраний академіком АМН СРСР. Нагороджений орденами і медалями СРСР, багатьох іноземних держав, наукових товариств. Помер у 2006 р. на 91 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Надрага М. Вольф Густав Адольф / М. Надрага, 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. 54.
2. Дутка Р. Грек Ян / Р. Дутка, 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. 92.
3. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Бериташвили (Беритов) Иван Соломонович]. – С.62-63.
4. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Бериташвілі (Берітов) Іван Соломонович]. – С. 87-88.

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.: [Робике Пьер Жан]. – С. 379.
6. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Гаррисон (Харрисон) Росс Гренвил]. – С. 162-163.
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.: [Гиллер Соломон Аронович]. – С. 121.
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.: [Праут Уильям]. – С. 358.
9. 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.: [Виртанен Артуру Илмари]. – С. 97.
10. 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.: [Михаэлис Леонор]. – С. 301.
11. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Баугин Каспар]. – С. 46.
12. 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.: [Стадников Георгий Леонтьевич]. – С. 417-418.
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.: [Франкленд (Франкланд) Эдуард]. – С. 461-462.
14. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Абрикосов Алексей Иванович]. – С.6.
15. Хміль Т. Вітманн Ернст / Т. Хміль, М. Надрага, 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. 49.
16. Різничок С. Ґатшер Франціск / С. Різничок, М. Надрага // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 85.
17. Луцик О. Найссер Альберт Людвіг / О. Луцик, 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. 232-233.
18. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Агард Карл Адольф]. – С.8-9.
19. 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.: [Яковлев Виктор Андреевич]. – С. 530.
20. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Ефуни Сергей Наумович]. – С.243-244.
21. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Добжанский (Добржанский) Теодозиус (Феодосий) Григорьевич]. – С.227.
22. 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.: [Хлопин Виталий Григорьевич]. – С. 475-476.
23. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Пашутин Виктор Васильевич]. – С.488-489.
24. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Бургасов Петр Николаевич]. – С.104-105.

АЛЬБЕРТ ШВЕЙЦЕР

До 140-річчя від дня народження



Альберт Швейцер народився 14 січня 1875 р. в маленькому містечку Кайзерсберг (на той час німецька територія, нині - частина французького Ельзасу) в сім'ї бідного пастора лютеранської церкви, що зберігала релігійні, музичні та освітні цінності. У 5 років маленький Альберт почав грати на піаніно, а в 11 років відкрив в собі талант органіста. Через декілька років про цей талант дізнався весь світ. Прихильник творчості Йоганна Себастьяна Баха, Альберт Швейцер став експертом інтерпретацій його музики. Він брав уроки у відомого паризького органіста Ш. Відора і за ініціативою свого вчителя написав книгу "Бах: музикант і поет". Ця книга була перекладена на багато мов світу і вважається однією з глибоких розвідок творчості Баха. Альберт займався проблемою збереження і відновлення старих органів. Він написав про це роботу і став одним із провідних спеціалістів із будівництва органів.

У 18 років він вступив до Страсбурзького університету і в 1899 р. став доктором філософії. Після захисту дисертації на тему: "Філософія релігії Канта", а в 1900 р. закінчив курс теології і отримав звання ліценціата теології. Весною 1902 р. вчений А. Швейцер почав викладати в Страсбурзькому університеті, не покидаючи займатися музикою. Його органні концерти в країнах Європи збирали великі аудиторії. Восени 1904 р. серед пошти на своєму столі побачив брошуру щорічного звіту паризького місіонерського товариства. Випадково прочитав статтю про проблеми місії в Конго. Автор статті волав про медичну допомогу місцевому населенню. У 1905 р. Альберт здивував своїх рідних та друзів новим рішенням – стати лікарем-місіонером. Він одружився з Елен Бреслау і поступив на медичний факультет Страсбурзького університету, згодом вивчав тропічну медицину в Парижі. У 1911 р. закінчив страсбурзький університет і захистив дисертацію на здобуття ступеня доктора медицини на тему: "Психіатрична оцінка особистості Христа". Разом з дружиною, яка закінчила курси медсестер, на заклик паризького місіонерського товариства він виїхав в Екваторіальну Африку, в один із найглухіших і найнебезпечніших для здоров'я район Габону. З цього часу розпочалася його драматична, довжиною більше, ніж п'ятдесятирічна медична гуманітарна і місіонерська діяльність в Африці. Там, в непрохідних джунглях в маленькому селищі Ламбарене на річці Огове молодому лікареві надали маленький будинок для проживання. Приміщення для прийому хворих не було і лікар А. Швейцер вів прийом на "свіжому повітрі", а потім пристосував для прийому бувший курник. Працював терапевтом, отоларингологом, дерматологом, акушером, психіатром, хірургом. Почав будувати лікарню. Під час прибуття пароплаву

по річці Огове надсилав листи друзям в Європу з проханням надіслати чергову партію медикаментів. В 1914 р. розпочалася Перша Світова війна. Французька влада інтернувала подружжя Швейцерів, як німецьких громадян і відправила їх в табір для військовополонених у Францію. Після закінчення війни і звільнення з полону А. Швейцер виступив з лекціями і концертами по всій Європі, відновив своє підірване здоров'я. У 1924 р. А. Швейцер повернувся в Ламбарене, але вже не сам, а з групою лікарів та медсестер. Потрібно було починати все спочатку. Знову почалося будівництво і на цей раз в джунглях з'являється лікарняне містечко. А. Швейцер був не лише прорабом, лісорубом, теслею, але став ще агрономом, засадив звільнену територію пальмами, бананами, маїсом, розвів кіз. Лікарня почала забезпечуватися продуктами. В лікарні "Великий Білий Док" зумів створити атмосферу духовного братства.

В деяких поїздках в Європу А. Швейцер з успіхом давав концерти, збираючи гроші для лікарні. Ім'я Лікаря-подвижника стало відомим у всьому світі. Він знайомиться з А. Ейнштейном. У них багато спільного. Двоє непересічних чоловіків вирішили боротися за заборону випробовувань ядерної зброї. Через деякий час А. Швейцер відправився в США, де збирав гроші на ще один проект будівництва селища для хворих на лепру. Новому селищу він дав назву "Селище Світла".

Багатогранна діяльність вченого була гідно пошанована людством. У 1928 р. А. Швейцеру була присуджена Франкфуртська премія Гете. В 1951 р. він отримав премію Світу Вільних німців, а в 1952 р. вчений отримав Нобелівську премію миру "за дії в ім'я братства націй". Отримані преміальні гроші він використав для будівництва лепрозорію. Його відомі книги "Між водою і незайманим лісом" та "Листи з Ламбарене" захопливо розповідають про героїчну діяльність лікаря та його послідовників. Окрім цих та інших книжок він написав фундаментальну працю "Культура й етика", в якій розказав про своє вчення про "благоговіння перед життям". Помер "Великий Білий Док" 4 вересня 1965 р. в Ламбарене на 91 році життя.

Життя продовжується. Вдячні нащадки з бувшого курника зробили музей: тут є бібліотека і лабораторія. Лікарня працює, тут лікують проказу. При лікарні працює Міжнародний центр медичних досліджень. У 1969 р. А. Швейцеру встановили пам'ятник в Веймарі та Гюнсбахе, зробили меморіальний музей в Кайзерсбергу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Петрицкий В.А. Швейцер Альберт / В.А. Петрицкий, И.В. Венгорова // БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.29: Чаган-Екс-ле-бен. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1978. – С. 336-337.
2. Визначні імена у світовій медицині / за ред. О.А. Грандо. – Київ: РВА "Тріумф", 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Швейцер Альберт]. – С. 266.
3. Нобелевская премия. Лауреаты. Иллюстрированная энциклопедия / пер. с англ. Л. Гуськовой. – М.: ЭКСМО, 2009. – 296 с. – Из содерж.: [Альберт Швейцер]. – С.139.

АНТОН ПВЛОВИЧ ЧЕХОВ У ЛЬВОВІ

До 155-річчя від дня народження



Об 11 годині 7 вересня 1894 року на Львівському головному залізничному двірці маршалок Галичини та мер міста Львова урочисто вітали високого гостя Цісаря Франца Йосипа I. Високий Гість у супроводі імператорської родини та членів уряду на чолі з прем'єр – міністром князем Альфредом Віндішгрецом зволив прибути на відкриття Галицької крайової виставки. Його вітали по – німецьки, по – польськи і по – українськи. Місто прикрашали чорно – жовті прапори Габсбургів, синьо-жовті та біло – червоні національні знамена. Того ж таки дня з потяга зійшов на Львівський брук високий стрункий чоловік з борідкою. Його ніхто не зустрівав...

Поза урочистостями австрійський цісар встиг відвідати Палату мистецтв, де зробив вельми вдалу покупку: за полотно маестро Фалата “З моїх ловецьких спогадів”, образ Мадонни пензля Крудовського та скульптурний портрет Коперника долота Рігера довелося заплатити “лише” 6500 гульденів. Високий чоловік з борідкою того ж таки дня зайшов до книгарні Наукового товариства імені Шевченка. Його увагу звернув гарно виданий “Кобзар” Тараса Шевченка. Хроніки не повідомляють нам, скільки заплатив Антон Павлович Чехов за “Кобзаря”. Проте своєю покупкою письменник втішився не менше, а може й більше, аніж Його Імператорська Величність своєю. Про це він повідомив листівкою зі Львова свою сестру.

Антон Чехов народився 17 (за новим стилем – 29) січня 1860 року в Таганрозі. Його перші літературні спроби відносяться до університетських років і датуються 80-ми роками XIX століття. Власне в той час на сторінках популярних тижневиків “Будильник”, “Зритель” та “Осколки” стали з'являтися короткі веселі оповідання, підписані псевдонімом “Антоша Чехонте”. Проте літературні спроби не перешкоджали студентові медичного факультету Московського університету в навчанні, в пам'яті товаришів він залишився “провінціалом з щирим і милим обличчям, блакитними очима та густою темною чуприною, який сидів на лавці біля вікна і завжди щось читав, або писав...”. Антоша відрізнявся високим зростом (190 см), стрункою спортивною статуєю та неабиякою енергією. На останніх курсах його вже знали, як автора двох книг: “Байки Мельпомени” та “Строкати оповідання”.

Після закінчення факультету молодий доктор Чехов поїхав працювати у провінцію. Олександр Іванович Купрін писав: “Якщо б він не був таким знаменитим письменником, став би чудовим лікарем...” Це твердження не зовсім точне. Антон Павлович володів на диво широкими для свого часу медичними знаннями, глибоко вникав в патогенез захворювань. Ще 1887 року він пояснив напади “серцевої жаби”, від яких потерпав письменник Д.В.Григорович, “атероматозними” змінами судин серця. Зауважимо, що в офіційній медичній пресі дані про атеросклеротичні зміни коронарних судин з'явилися через 6 – 7 років після цього. В останні роки свого життя Чехов говорив, що медицина – його законна дружина, а література – коханка.

Про Чехова – письменника написано і сказано дуже багато, Про Чехова – лікаря, науковця – значно менше. Відомо, що Антон Павлович постійно цікавився медичною періодикою, гаряче підтримував медичні наукові журнали. Коли в 1896 році через нестачу коштів припинив своє існування журнал “Хирургическая летопись”, Чехов сприйняв це, як особисте горе. Він добився дозволу на видавництво нового хірургічного журналу, одержав грошову допомогу, домовився з видавцями, за власні гроші надрукував рекламу і став його хрещеним батьком. Так, саме Антон Павлович надав журналові по-чеховськи лаконічну назву “Хірургія”. Один з редакторів журналу, видатний хірург П.І. Дьяконов написав Чехову: “Ви єдина людина, яка глибоко і правильно розуміє значення журналу, і без Вас він не з’явився б...”

Одразу по закінченні медичного факультету Чехов почав працювати над дисертацією: “Лікарська справа в Росії” і навіть вивчив понад 100 джерел літератури. Правдоподібно, закінченню цієї наукової праці перешкодила “коханка” – бурхлива літературна діяльність. Зрештою, була у Чехова ще одна солідна науково – дослідницька праця “Мій Сахалін”. Гадаю, що навіть з погляду суворих сучасних вимог вона відповідала б вимогам, що ставляться до дисертації. А проте... Не зважаючи на втручання впливових науковців, зокрема друга і однокашника Г.І. Россолімо, деканат медичного факультету відмовив Антонові Павловичу у присвоєнні вченого ступеня.

Кожному, хто знайомий з творами А.П.Чехова на медичну тематику, кидається у вічі схожість його позитивних героїв – лікарів з самим письменником. Прототипи своїх героїв Чехов черпав із різних джерел. Нещодавно на камерній сцені Львівського національного академічного українського драматичного театру ім. Марії Заньковецької йшов спектакль “Вітрогонка” за мотивами чеховської “Попрыгуньи”. Шляхетна постать доктора Осипа Димова у виконанні Тараса Жирка нагадувала до болю знайому постать Антона Павловича. А прообразом героя послужив, правдоподібно, ординатор військового шпиталю доктор І.І. Діброва, який 20 березня 1883 року, рятуючи хвору дитину від асфіксії, відсмоктав з її гортані через катетер дифтеритні плівки, заразився дифтерією і за декілька днів помер.

Чехов впродовж усього життя був спостережливим і знаючим лікарем. В його творах ви ніде не зустрінете медичних нісенітниць, описи хвороб і їх симптомів відзначаються глибоким знанням і розумінням патології, хоча при поверхневому сприйнятті ця властивість часто-густо прихована. На лекції про хвороби приносівих пазух я наводжу приклад з “Хірургії”. Чому у дячка Вонмігласова виникла гугнявість? Правдоподібно, верхівкова гранульома викликала верхньощелеповий синусит (гайморит), або ж відбувся рефлекторний набряк слизової оболонки носа та приносівих пазух на тлі одонтогенного невриту трійчастого нерва. А як влучно і лаконічно описано професійне ураження нижньої щелепи при вдиханні парів фосфору (“Степь”).

Героями творів А.П.Чехова часто є лікарі: доктор Астров (“Дядя Ваня”), Корольов (“Случай из практики”). Медичною тематикою пронизані твори “Зеркало”, “Враги”, «Цветы запоздалые»., усього близько 50 назв.

Чехов і Україна... Хоча Чехов вважається російським письменником, проте при кожній нагоді він декларував себе українцем – “малороссиянином”. Він любив і знав український фольклор, читав в оригіналі твори Т. Шевченка, С.Руданського, І.

Котляревського, І.Карпенка-Карого, М.Кропивницького. Драматург Чехов високо цінував діячів українського театру Марію Заньковецьку та Михайла Садовського. Твори А.П.Чехова в перекладі на українську мову друкувалися в галицьких періодичних виданнях “Громадський голос” (1897), “Літературно-науковий вісник” (1898,1889, 1902). Українською мовою друкувалися збірки оповідань “Змора” (Львів-1904), “Освідчення” (Київ-1906). П’єси Чехова ставилися в Києві (“Чайка” - в театрі Соловйова в Києві, 1896), у Львові (“Вишневий сад” - в театрі “Руська Бесіда”, 1906). На зламі ХХ – ХХІ століть у Львівських театрах ставилися “Дядя Ваня”, “Дама з собачкою” та уже згадана “Вітрогонка” (Львівський Національний Академічний український драматичний театр ім. М.Заньковецької), “Три сестри” (театр “Воскресіння”) “Садок вишневий” (театр ім. Л. Курбаса) з неповторними Ранєвськими – Ларисою Кадировою і Адою Роговцевою

В дитинстві і в роки юності Антон Чехов брав участь в українських аматорських спектаклях. Та й подальше життя письменника було тісно пов’язаним з Україною. Напровесні 1887 року він подорожував Донецьким краєм, а в 1888-89 роках двічі перебував на батьківщині нинішнього президента України Віктора Ющенка - під Сумами. З любов’ю і розчуленням Чехов описує природу України (“Степь”, “Человек в футляре” та ін.).

Чехов і Цейлон... Невже?! А таки справді, 1890 року Антон Павлович побував у Коломбо і там написав оповідання “Гусєв”. На честь 125-річчя від дня народження А.П.Чехова в цьому місті відкрито музей і клуб його імені. Патріарх сингальської літератури Мартін Вікрасінгхе написав книгу “Чехов і Цейлон”. Саме так! А цейлонський перекладач Серіл Перейра переклав на сингальську мову низку оповідань і повістей Чехова.

Працьовите життя Антона Павловича Чехова закінчилося на чужині. Підступна хвороба – туберкульоз обірвала життя письменника в часі перебування на курорті Баденвайлер в Німеччині 1904 року.

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 35(101)

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

С.Д. Бабляка – кардіолога ЛОКЛ

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

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

Підписано до друку 02.02.2015
Формат 60*84/8. Папір офсетний
Гарнітура Times New Roman
Друк цифровий.
Ум. друк. арк. 8,2. Фіз. друк. арк. 8,75.
Наклад 90 прим.