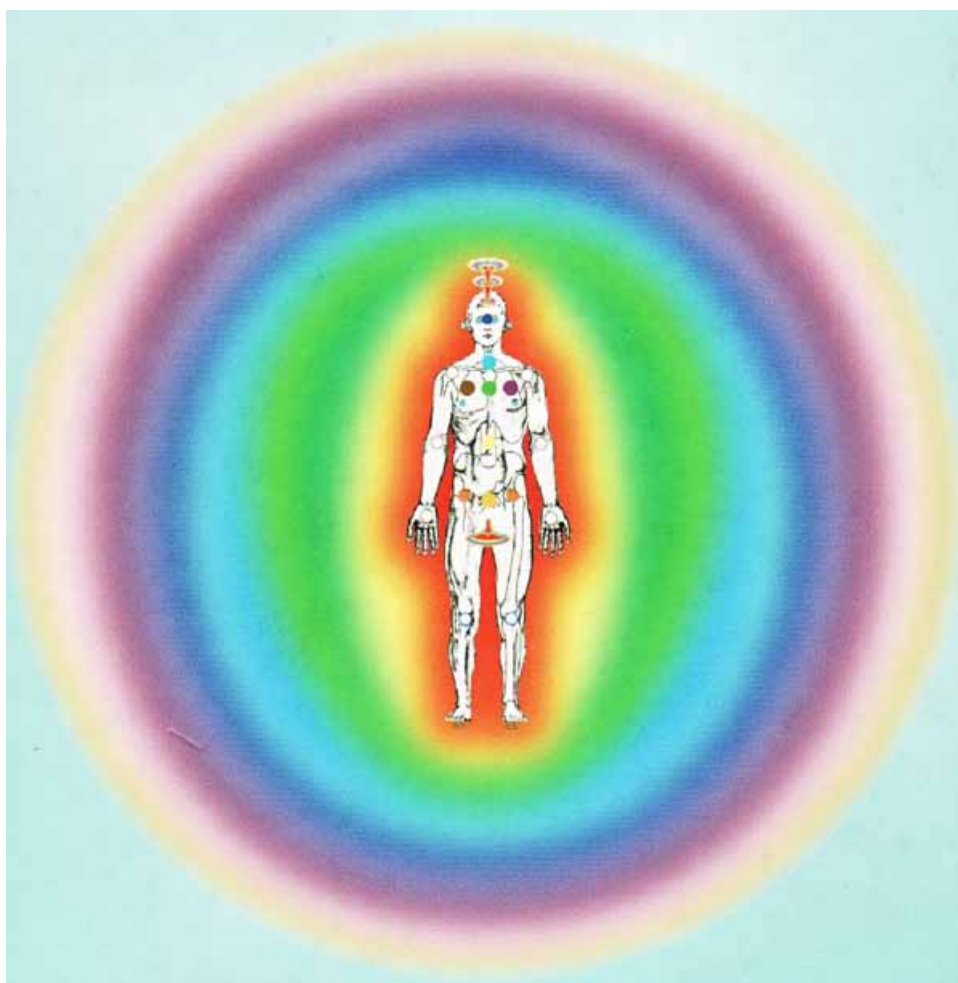


**Західний центр енергоінформаційних наук
Українська Міжнародна академія
профілактичної медицини НТШ**

ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ



**Збірник наукових праць
Випуск 40 (106)**

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. 40 (106). – 63 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. Специфічні функції зеленого тонкоматеріального тіла	5
Літвіняк Р.І. Паранеопластичні дерматологічні синдроми у хворих на рак стравоходу	13
Малярська Н.В., Мушинська І.Б. Хронічна ішемія мозку. Від астенії до деменції	16
Матвієнко Ю.О., Матвієнко С.В. Лікування розсіяного склерозу. Ч.1. Терапія загострень	20
ХРОНІКА	
Панишко Ю.М., Лозинська Я.М., Шевелюк О.В. Деякі визначні і пам'ятні дати червня	31
Редколегія Поздоровлення ювілярів ЛНМУ імені Данила Галицького	36
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Горицький В.М. Хроніка червня. Ювілейні дати українських лікарів та вчених	37
Панишко Ю.М., Метельська Л.С., Сторож О.В. Сергій Юрійович Масловський. До 75-річчя від дня народження	42
Васильчук А.Л. Юрій Митрофанович Панишко. До 75-річчя від дня народження	44
Горицький В.М., Бумбар О.І., Тарасов В.В. Евальд Янович Варес. До 90-річчя від дня народження	47
Панишко Ю.М., Федоренко В.І. Лев Іванович Медведь. До 110-річчя від дня народження	49
Панишко Ю.М., Бабляк С.Д. Феофіл Гаврилович Яновський. До 155-річчя від дня народження	51
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Семак Г.В. Хроніка червня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених	53
Панишко Ю.М., Міхель Ю.М. Сергій Іванович Спасокукоцький. До 145-річчя від дня народження	59
Редколегія Інформаційний матеріал	62

Відомості про авторів

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

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

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

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

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

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

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

Матвієнко Станіслава Василівна – кандидат біологічних наук, доцент кафедри корекції початкової освіти та інклюзії факультету педагогічної освіти Львівського національного університету імені Івана Франка

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

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

Міхель Юрій Михайлович – лікар-хірург Львівської обласної клінічної лікарні.

Мушинська Ірина Богданівна – лікар-невролог поліклінічного відділення КЛЛЗ.

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

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

Сторож Олена 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.

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

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

СПЕЦИФІЧНІ ФУНКЦІЇ ЗЕЛЕНОГО ТОНКОМАТЕРІАЛЬНОГО ТІЛА

Впервые у світі пояснюються специфічні функції зеленого тонкоматеріального тіла людини.

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

Впервые в мире объясняются специфические функции зелёного тонкоматериального тела человека.

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

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

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

Продовження з випуску 27(93)-39(105)

Пояснення та інтерпретація специфічних функцій зеленого тонкоматеріального тіла:

- 1. Морфогенетична функція** зеленого тонкоматеріального тіла проявляється як утворюючий і формуючий процес анатомічних та морфологічних структур фізичного тіла з перевагою морфогенезу нервової системи і органів чуття, особливо тих їх структур, які являються основою інтелектуального, ментального, емоціонального та інтуїтивного розвитку людини та поєднання інтелектуальних, ментальних, емоціональних, інтуїтивних, духовних і практичних проявів. Зелене тіло в онтогенезі людини забезпечує реалізацію певного рівня голографічно запрограмованого індивідуального росту, розвитку і диференціювання усіх структурних рівнів фізичного тіла, особливо тих, які обумовлюють формування інтелектуального, ментального, емоціонального, інтуїтивного та духовного поєднання ідентичності людини. В онтогенезі людини зелене тіло людини забезпечує реалізацію відповідного рівня природного голографічного причинно-наслідкового індивідуального росту, розвитку, диференціювання анатомічних і функціональних структур фізичного тіла. Морфогенетичну функцію слід одночасно сприймати і пояснювати як специфічну та ідентичну.
- 2.** В онтогенезі людини специфічними зеленими життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами інформаційно та енергетично **оновлюються** індивідуальні анатомічні норми будови, форми, структури, архітектоніка та функції усіх структурних рівнів фізичного тіла, особливо нервової системи та органів чуття, **утримуються і захищаються** від розпаду, знищення, патологічно-деструктивних змін і мутацій під час хвороб, травм, впливу біопатогенних, техногенних та негативних факторів.

3. **Метаболічна функція** проявляється безпосереднім впливом інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій і специфічних зелених життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм зеленого тонкоматеріального тіла на мікроструктури та ультраструктури залозистих клітин, на синтез і секрецію гормонів, ферментів, медіаторів та інших біологічно активних речовин, які обумовлюють індивідуальні особливості обміну речовин, і на характер метаболізму фізичного тіла. Ця функція проявляється метаболізмом зелених інформаційно-енергетичних матерій, необхідних для забезпечення функціонування зеленого, оранжевого, світлосяюче-оранжевого, жовтого, світлосяюче-зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого та золотого тонкоматеріальних тіл та зеленої голографічної інтеграції тіл. Метаболічну функцію потрібно розглядати і пояснювати як специфічну та ідентичну.
4. **Кінетична функція** проявляється первинним голографічним інформаційно-енергетичним формуванням функцій у структурах зеленого тонкоматеріального тіла з наступною передачею голографічно сформованих функцій відповідним структурам фізичного тіла для їх практичної реалізації. Початок певної функціональної діяльності фізичного тіла з емоційними, інтуїтивними, емоціонально-ментальними, інтуїтивно-ментальними та інтелектуально-ментальними проявами спочатку відбувається у структурах зеленого тіла і зеленій голографічній інтеграції тіл, а потім у фізичному тілі. Кінетичну функцію потрібно одночасно сприймати і пояснювати як специфічну та ідентичну.
5. **Коректувальна функція** проявляється адекватним інформаційним, енергетичним та інформаційно-енергетичним забезпеченням сили, інтенсивності, тривалості, послідовності, поступовості виникнення або одночасного виникнення, збалансованої відповідності активності та пасивності функцій усіх анатомічних і морфофункціональних структур фізичного тіла, поєднаними інтелектуальними, ментальними, емоціональними, інтуїтивними, духовними та практичними проявами людини, а також її переорієнтацією і адаптацією до мінливих умов зовнішнього середовища, професійної діяльності, рівня соціального розвитку, життєздатності, життєдіяльності, росту і розвитку фізичного тіла. Коректувальна функція зеленого тіла має значно більші можливості, ніж коректувальна функція жовтого, світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче-червоного і червоного тонкоматеріальних тіл. При нормальному еніоанатомічному розвитку цих тонкоматеріальних тіл їх коректувальні функції завжди проявляються збалансовано, взаємозалежно та доповнюють одна одну. Коректувальну функцію потрібно одночасно сприймати і пояснювати як специфічну та ідентичну.
6. У процесі онтогенетичного розвитку людини зеленим тілом у зелених, світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра **утримується і зберігається** від розпаду, знищення, патологічно-деструктивних змін і мутацій під час хвороб, травм, впливу біопатогенних, техногенних і негативних факторів індивідуальна генетична, інформаційно-енергетична, анатомічна, морфологічна та фізіологічна ідентичність фізичного тіла людини на усіх її анатомічних рівнях. Зелене тіло інформаційно-енергетично обумовлює форми і структури біотичного та інформаційно-енергетичного імунітету людини в зелених діапазонах електромагнітного спектра.

7. Інформаційно, енергетично та інформаційно-енергетично **обумовлює** інформаційно-енергетичну ідентичність, індивідуальність, імунітет і гомеостаз у зелених, світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних та синіх діапазонах електромагнітного спектра. Бере участь в обумовленні біотичного імунітету людини.
8. У зелених, світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра **захищає** від інформаційного, енергетичного та інформаційно-енергетичного знищення усі анатомічні та морфологічні структурні рівні фізичного тіла, особливо нервову систему і органи чуття.
9. **Захищає** людину та її тіла від негативного впливу коротких хвиль за межами гамма-випромінювання і довгих хвиль за межами радіохвиль. Своїм **жовтим компонентом** зелене тіло захищає людину від низькочастотних випромінювань, **синім компонентом** – від рентгенівського випромінювання і **блакитним компонентом** – від радіації.
10. **Захищає** фізичне тіло, червоне, світлосяюче-червоне, оранжеве, світлосяюче-оранжеве, жовте та зелене тонкоматеріальні тіла від проникання негативних інформацій, біопатогенних, неідентичних, неприродних і нетипових інформаційно-енергетичних матерій зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра та біопатогенних мікроорганізмів. **Очищає** фізичне тіло від шкідливих мікрочасток і біопатогенних мікроорганізмів, від негативних інформацій, біопатогенних, неідентичних, неприродних, невластивих, нетипових інформаційно-енергетичних матерій зелених, світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра. **Інформаційно-енергетично очищає** оранжеве, світлосяюче-оранжеве та жовте тонкоматеріальні тіла тільки у жовтих діапазонах електромагнітного спектра. При досягненні універсального розвитку зелене тіло за необхідності може інформаційно-енергетично очищати червоне і світлосяюче-червоне тонкоматеріальні тіла.
11. У зеленому, жовтому, блакитному і синьому діапазонах електромагнітного спектра інформаційно-енергетично **очищає** зелене тонкоматеріальне тіло, усі анатомічні та морфологічні структурні рівні фізичного тіла і організм в цілому від шкідливих мікрочасток та мікроорганізмів, а за потреби **жовтим** компонентом частково очищає оранжеве, світлосяюче-оранжевого і жовте тонкоматеріальні тіл від негативних інформацій, біопатогенних, неідентичних, неприродних, невластивих, нехарактерних і нетипових інформаційно-енергетичних матерій жовтих діапазонів електромагнітного спектра.
12. У зелених, світлосяючезелених, жовтих, блакитних та синіх діапазонах електромагнітного спектра **управляє** інформаційно-енергетичною біоплазмою нового людського життя, росту, розвитку і диференціювання усіх анатомічних і морфологічних структур фізичного тіла, еніоструктур зеленого, жовтого, світлосяюче-оранжевого, оранжевого, компонентного світлосяюче-оранжево-жовтого та оранжево-жовтого тонкоматеріальних тіл, контролює цю інформаційно-енергетичну біоплазму та **забезпечує** функціонально необхідними інформаціями, мікрочастками, енергіями і необхідним світлом індивідуально-універсальну життєву інформаційно-енергетичну біоплазму, специфічні та високоспецифічні зелені інформаційно-енергетичні біоплазми.

13. **Трансформує, модулює, синтезує і випромінює** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та біоплазми зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра, приймаючи таким чином участь у створенні та оновленні інформаційно-енергетичних полів Землі, Космосу і Духовного Буття у зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра.
14. На біотично-фізичному рівні **декодує і кодує** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та біоплазми зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища для морфогенетичних та функціональних потреб усіх анатомічних і морфологічних структур фізичного тіла, а на інформаційно-енергетичному рівні - для зеленої голографічної інтеграції тіл.
15. **Перерозподіляє** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та біоплазми зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра морфогенетичного, поєданого біотичного, соціального, інтелектуального, ментального, емоціонального, інтуїтивного та духовного розвитку і ПСІ-феноменального цілительства між усіма анатомічними структурами фізичного тіла, особливо нервової системи і органів чуття, між фізичним тілом і тонкоматеріальними тілами та між тонкоматеріальними тілами зеленої голографічної інтеграції тіл.
16. **Забезпечує** інформаційно-енергетичні взаємообміни у зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра між усіма анатомічними структурами фізичного тіла, фізичним тілом і тонкоматеріальними тілами, між тілами зеленої голографічної інтеграції тіл і тонкоматеріальних тіл з ідентичними для людини інформаційно-енергетичними полями людей, тварин, Природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і Духовного Буття.
17. **Забезпечує** фізичне тіло, зелене, оранжеве, світлосяюче-оранжеве, жовте, блакитне, бірюзове, синє, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла потрібною кількістю функціонально необхідних інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій та біоплазм зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра, які мають значення для морфогенезу, нового людського життя, поєданого інтелектуального, ментального, емоціонального, інтуїтивного та духовного розвитку і ПСІ-феноменального цілительства. При цьому зелене тіло приймає від тонкоматеріальних тіл подібні інформаційно-енергетичні матерії для забезпечення свого функціонування.
18. **Забезпечує** у зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра інформаційно-енергетичний **перехід** між низькочастотними та високочастотними інформаційно-енергетичними рівнями Буття, між фізичним тілом, зеленим, оранжевим, світлосяюче-оранжевим, жовтим, світлосяюче-зеленим, блакитним, бірюзовим, синім, бузковим, фіолетовим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальними тілами, між тонкоматеріальними тілами та інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища.
19. **Інформаційно-енергетично обумовлює:** можливість поєданого інтелектуального, ментального, емоціонального, інтуїтивного, духовного і ПСІ-феноменального розвитку; ПСІ-феноменальні цілительські **здібності**, екстрасенсорну чутливість,

початкові прояви ПСІ-феноменального інтелекту, менталітету, яснознання і ПСІ-феноменальної здібності приймати апріорні знання; **позатілесну** проекцію; **розвиток** телепатичних здібностей, переміщення думок і жовтого тіла у часі та просторі; **здатність** до релаксації, концентрації, імагінації, візуалізації, медитації, а **в оранжевому і світлосяюче-оранжевому** тілах **посилює мотивацію до володіння** фізичним тілом, до **володіння** здібностями ПСІ-феноменального цілительства, до **вміння** концентруватися на будь-якому органі, структурі, функції фізичного тіла і тонкоматеріальних тіл, до **відчуття і усвідомлення** початку, перебігу, кінця та характеру будь-якої функції будь-якого органу фізичного тіла.

20. **Уможлиблює** симбіоз зеленого тіла з фізичним тілом у зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра. **Без цього симбіозу неможливий прояв біотичного життя людини в умовах Землі.**
21. **Являється** основою для створення зеленої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл і приймає участь в утворенні оранжевої, світлосяюче-оранжевої, жовтої, світлосяюче-зеленої, блакитної, бірюзової, синьої, бузкової, фіолетової, рожевої, білої та золотої голографічних інтеграцій тонкоматеріальних тіл. **Без зеленого тіла неможлива зелена інтеграція тонкоматеріальних тіл.**
22. **Утворює** специфічні та високоспецифічні зелені життєві інформаційно-енергетичні біоплазми і приймає участь в утворенні індивідуально-універсальної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми у зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра.
23. У зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра постійно **випромінює** у зовнішнє середовище інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та біоплазми людини, і таким чином **бере участь** у створенні життєвого інформаційно-енергетичного середовища людини, наповнює новим інформаційним змістом та енергетично посилює інформаційно-енергетичні поля зовнішнього середовища, зокрема індивідуальне психічне поле, родинне психічне поле, психічне поле соціальної групи, універсальне психічне поле Землі, універсальне психічне поле Всесвіту, духовні поля людства та окремі інформаційно-енергетичні поля Всесвіту.
24. **Створює** інформаційно-енергетичну основу для поєданого інтелектуального, ментального, емоціонального, інтуїтивного, духовного, психічного і ПСІ-феноменального розвитку, проявів ПСІ-феноменального цілительства, екстрасенсорної чутливості та диференціації інформаційно-енергетичних полів, їх інформаційного змісту, і для первинного прояву ПСІ-феноменального інтелекту, ПСІ-феноменального менталітету та ПСІ-феноменальних здібностей приймання апріорних знань.
25. У зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра **бере участь** у створенні індивідуального інформаційно-енергетичного біоплазматичного поля людини.
26. Морфогенетична, метаболічна, кінетична, коректувальна функції, функція забезпечення індивідуальної генетичної та інформаційно-енергетичної зеленої ідентичності людини, функція забезпечення біотичного та інформаційно-енергетичного імунітету людини **уможливлюються спільним функціонуванням** фізичного тіла, зеленого, червоного, світлосяюче-червоного, оранжевого,

світлосяюче-оранжевого та жовтого тонкоматеріальних тіл. Ці функції посилюються, розширюються і вдосконалюються менш щільними тонкоматеріальними тілами, які функціонують на вищих частотах.

27. Зелене тіло **вільно проникає** крізь жовте, світлосяюче-оранжеве, оранжеве, світлосяюче- червоне і червоне тонкоматеріальні тіла та фізичне тіло, з якими голографічно поєднується, перебуває з ними у симбіозі та утворює голографічну структурно-функціональну єдність. Проникаючи крізь жовте, світлосяюче-оранжеве, оранжеве, світлосяюче-червоне і червоне тонкоматеріальні тіла, зелене тіло повторює їх форми, структури, архітекtonіку та утворює з ними 5 вторинних ідентичних тонкоматеріальних тіл: зелено-жовте, зелено-світлосяюче-оранжеве, зелено-оранжеве, зелено-світлосяюче-червоне і зелено-червоне.
28. **Приймає, декодує, кодує та зберігає** у зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра інформації поєднаної інтелектуальної, ментальної, емоційної, інтуїтивної, духовної, ПСІ-феноменальної і практичної діяльності та інформації Буття людства, Природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту, Духовного Світу, використовуючи ці інформації для формування індивідуальних уявлень, знань, гіпотез, універсальних теорій, технологій, методологій і технічних рішень. Інформації, що використовуються, перебувають у гармонії з фізичними та духовними законами Землі, Всесвіту і Духовного Буття, ґрунтуються на єдності матеріального, духовного, минулого, теперішнього, майбутнього, людського, земного та космічного, і можуть бути трансформовані для вирішення проблем людства, Землі, Всесвіту і Духовного Буття.
29. Голографічно **фіксує та інтегрує** інтелектуальні, ментальні, емоціональні, інтуїтивні, духовні та ПСІ-феноменальні інформації, що відносяться до усіх рівнів Буття людства, Природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і Духовного Світу.
30. **Формує** інтегральну інформаційно-енергетичну голограму зелених, світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра для біотичного, соціального, психічного, інтелектуального, ментального, емоціонального, інтуїтивного, морального, етичного, естетичного, ПСІ-феноменального та духовного розвитку, вдосконалення і проявів людини. Голограма формується інформаційно-енергетичними матеріями інформаційно-енергетичних полів людства, Природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і Духовного Буття з минулого, теперішнього і майбутнього.
31. **Поєднує** окремі голограми інтелектуальної, ментальної, емоційної, інтуїтивної, духовної, ПСІ-феноменальної і практичної діяльності в інтегральну голограму з функціональною автономією окремих голограм у зелених, світлосяюче-зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра.
32. **Забезпечує природними для людини інформаційно-енергетичними матеріями** свідомі та підсвідомі процеси мислення, інтелектуальної, ментальної, емоціональної, інтуїтивної, духовної, ПСІ-феноменальної і практичної діяльності з усіх інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища.
33. **Виконує функції посередника** між фізичним тілом людини і Абсолютом, у пізнанні Абсолюту, Землі, Всесвіту, Духовного Буття і свого вищого духовного «**Я**» та дає можливість людині реалізувати свою мудрість.

34. **Бере участь** в утворенні інтегральної інформаційно-енергетичної основи інтелектуальної, ментальної, емоційної, інтуїтивної, духовної, ПСІ-феноменальної та практичної діяльності людини, Всесвіту, Землі і Духовного Буття.
35. **Дає думці** інформаційно-енергетичну силу, яка може впливати на еволюційний розвиток людини, суспільства, Природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і Духовного Буття та змінювати властивості інформацій, мікрочасток, світла, енергій, часу, простору та будь-якої матерії.
36. На фізичному рівні людини інформаційно-енергетично **допомагає** мозку оцінювати інформаційний характер ідей, гіпотез, думок, теорій, технологій, методологій і результатів науково-практичної діяльності суспільства та окремих людей.
37. Інформаційно-енергетично **допомагає** людині у зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра відчувати, усвідомлювати, диференціювати, запам'ятовувати і аналізувати інформації, мислити та приймати рішення.
38. **Посилює** інформації інтелекту і менталітету енергіями зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонів електромагнітного спектра, **передає** до центрів мозку підсилену інформацію, яка збуджує мозкові центри і забезпечує в них відповідні біохімічні, електромагнітні та інформаційно-енергетичні процеси мислення, відчуття і емоційного переживання думок.
39. **Утворює** емоціональні, інтуїтивні, інтелектуальні, ментальні, духовні і ПСІ-феноменальні інформації та імплантує їх до енергій збудження нервових центрів, які починають, підтримують, стимулюють і посилюють процеси мислення, сприяють завершеному формуванню уявлень, знань, думок, ідей, гіпотез, теорій, методологій, технологій, технічних рішень та ментально-інтелектуальних почуттів і переживань.
40. **Забезпечує** координацію, синхронізацію, послідовність, поступовість, динаміку та ритм перебігу інтелектуальних, ментальних, емоційних, інтуїтивних, психічних, духовних і ПСІ-феноменальних інформаційно-енергетичних процесів між мозком, еніомозками та усіма тілами людини.
41. **Забезпечує** у зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра інформаційно-енергетичні взаємообміни між усіма тілами людини та взаємообміни тіл людини з інформаційно-енергетичними, інтелектуальними, ментальними, емоційними, інтуїтивними, духовними, психічними і ПСІ-феноменальними аспектами інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища.
42. **Встановлює** активні та безперервні інформаційно-енергетичні взаємообміни з центрами мозку, особливо з тими, які визначають інтелектуальний, ментальний, емоційний, інтуїтивний, психічний, духовний і ПСІ-феноменальний розвиток людини.
43. **Керує** формою, структурою, архітектонікою і функціями інтегральної інтелектуальної, ментальної, емоційної, інтуїтивної, психічної, ПСІ-феноменальної та практичної діяльності голограми і голографічними структурами тонкоматеріальних тіл, які забезпечують гармонійний розвиток і прояви людини.
44. **Поєднані** інтелектуальні, ментальні, емоційні, інтуїтивні, психічні, духовні, ПСІ-феноменальні голограми та голограми практичної діяльності, утворені зеленим тонкоматеріальним тілом, взаємно притягуються і посилюються ідентичними голограмами суспільства, окремих людей, Природи, Землі, біосфери, ноосфери,

Всесвіту і Духовного Буття. Між цими голограмами завжди встановлюються активні інформаційно-енергетичні взаємообміни.

45. Протягом життя **акумулює, зберігає, розділяє та випромінює** інформації єдності інтелекту, менталітету, емоцій, інтуїції, духовності, ПСІ-феноменальності та практичної діяльності, а після смерті передає ці інформації усім вічним тонкоматеріальним тілам, у яких вони вічно зберігаються і можуть передаватися новому людському життю.
46. **Захищає** від інформаційно-енергетичного знищення індивідуальні інтегральні голограми інтелекту, менталітету, емоційності, інтуїції, психіки, духовності, ПСІ-феноменальності та практичної діяльності. У зеленій голографічній інтеграції тонкоматеріальних тіл **допомагає взаємному захисту** тіл та сприяє утворенню їх інтегрального захисту.
47. **Не допускає проникання** біопатогенних, неідентичних, невластивих, неприродних та нехарактерних інтелектуальних, ментальних, емоційних, інтуїтивних і антидуховних інформаційно-енергетичних матерій до свого внутрішнього середовища та внутрішніх середовищ жовтого, світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче-червоного, червоного і фізичного тіл.
48. У зелених, жовтих, блакитних і синіх діапазонах електромагнітного спектра зелене тіло своїми внутрішніми частинами **формує та відображає** усі ультра-, мікро- і макроанатомічні структури фізичного тіла і структури жовтого, світлосяюче-оранжевого, оранжевого, світлосяюче-червоного та червоного тіл. **Фізичне тіло 9 разів** представлене тільки у внутрішній частині зеленого тіла: **один раз** – у первинній **інтегральній** зеленій голографічній матриці; **3 рази** – у **компонентних** матрицях; **5 разів** – в **ідентичних** голографічних матрицях. У **зовнішній частині 9 разів** представлена голографічна матриця нервової системи і органів чуття: **1 раз** – в інтегральній зеленій голографічній матриці, **3 рази** – у компонентних матрицях і **5 разів** – в ідентичних голографічних матрицях.

Продовження у випуску 41(107)

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.

ПАРАНЕОПЛАСТИЧНІ ДЕРМАТОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ У ХВОРИХ НА РАК СТРАВОХОДУ

В оглядовій статті розглянуто епідеміологічні та клініко-морфологічні особливості паранеопластичних дерматологічних синдромів у хворих на рак стравоходу. Підкреслено необхідність подальшого вивчення даної проблеми для покращення діагностики раку стравоходу, отримання своєчасного лікування та оцінки прогнозу ефективності терапії.

Ключові слова: паранеопластичний дерматологічний синдром, рак стравоходу, клінічні особливості.

В обзорной статье рассматриваются эпидемиологические и клинимоρφологические особенности паранеопластических дерматологических синдромов у больных на рак пищевода. Подчеркнута необхідність дальнішого дослідження этой проблемы для улучшения диагностики рака пищевода, получения своевременного лечения и оценки прогноза эффективности терапии.

Ключевые слова: паранеопластический дерматологический синдром, рак пищевода, клинические особенности.

This review paper considers epidemiological and clinicopathologic features of paraneoplastic dermatological syndromes in patients with esophageal cancer. The necessity of further study of this problem for improvement of esophageal cancer diagnostics, timely treatment, and assessment of the therapy efficiency forecast is stressed.

Key words: paraneoplastic dermatological syndrome, esophageal cancer, clinical features.

Рак стравоходу займає восьме місце серед злоякісних пухлин усіх локалізацій у світі. Зокрема, у 2008 році у країнах Європейського Союзу зафіксовано 33 013 нових випадків цього захворювання [1]. Згідно повідомлення Європейського канцер-реєстру результати дослідження EURO-CARE-4 виявили, що річне виживання при раку стравоходу становить близько 35%, а п'ятирічне – близько 10%, а тривалість життя чітко корелює з клінічною стадією захворювання та способом лікування [2].

Загальновідомо, що в основі підвищення ефективності лікування онкологічних захворювань, зокрема і раку стравоходу, лежить її своєчасна діагностика, підвищення онкологічної грамотності та настороженості, передусім серед лікарів первинної ланки медичної допомоги. Онконастороженість повинна ґрунтуватись на знаннях про тривалий безсимптомний перебіг ранніх стадій, передракових станів та проблем їх ранньої діагностики. Зокрема знання паранеопластичних дерматологічних синдромів (ПДС), в тому числі при раку стравоходу, часто дозволяє вибрати своєчасний та вірний діагностичний алгоритм.

Австрійський дерматолог Фердинанд фон Гебра вперше у 1861 році висловив гіпотезу про те, що пігментація шкіри може свідчити про наявність вісцеральної пухлини. З того часу описано понад 50 дерматологічних патологічних станів, які можуть бути потенційними маркерами раку будь-якої локалізації [3]. Основними клінічними особливостями паранеопластичних уражень шкіри є: 1) одночасне або практично одночасне виникнення дерматозу та симптомів пухлини; 2) статистична достовірність кореляції обох процесів; 3) зникнення дерматологічного паранеопластичного синдрому після хірургічного видалення пухлини або після успішного хіміо- чи променевого лікування; 4) відновлення ПДС у випадку рецидивування або метастазування пухлини [4].

Нижче буде розглянуто клініко-морфологічні особливості паранеопластичних уражень шкіри, що найчастіше зустрічаються при раку стравоходу.

Акрокератоз Базекса

Bazex та його колеги у 1965 році описали клінічну картину ураження шкіри в онкологічних хворих, назвавши його «псоріоформним акрокератозом ракової етіології». За даними авторів цей паранеопластичний процес зустрічається здебільшого серед чоловіків віком близько 40 років [3]. Storck (1976) вважає, що акрокератоз Базекса у 100% випадків вказує на рак внутрішніх органів. Шкірні прояви часто випереджують діагноз пухлинного процесу на 2-6 місяців у 65-70% пацієнтів [6]. Близько 80% випадків поєднуються з пухлинами верхніх відділів шлунково-кишкового та дихального трактів (ротова порожнина, гортань, глотка, трахея та стравохід), зазвичай плоскоклітинним раком [7]. У ретроспективному аналізі виявлено, що серед хворих з акрокератозом Базекса рак стравоходу складає 10.6% [3].

Клінічна картина акрокератозу Базекса характеризується появою на кінчиках пальців рук та ніг, носа, на краю вухної раковини застійної еритеми з фіолетовим відтінком, псоріазоподібних вогнищ, що супроводжуються свербіжем. Висип розташований симетрично, інколи охоплює долоні та підшви. Спостерігається поступова генералізація висипання. Виникають дистрофія нігтів, пароніхії. Зміни на шкірі обличчя можуть мати екземоподібний характер або нагадувати червоний вовчак, у той час, як ураження кистей та стіп схоже на псоріатичний висип. При акрокератозі Базекса часто зустрічаються гіпотрихоз, фолікулярна атрофія, невуси, дрібні пігментні плями.

Гірляноподібна повзуча (мігруюча) еритема Гаммеля

Вперше описана у 1952 році Gammel у пацієнтки з аденокарциномою молочної залози, що була виявлена дев'ять місяців після виникнення висипу. Середній вік хворих еритемою Гаммеля становить 63 роки, при чому у чоловіків діагностують вдвічі частіше, ніж у жінок [8]. Wysocki описує, що вік хворих з даним захворюванням складає 45-75 років [5]. У пацієнтів з еритемою Гаммеля злоякісну пухлину виявляють у 82% випадків, а рак стравоходу складає 8% у загальній структурі хворих з цією патологією [6]. Діагностування еритеми Гаммеля випереджає маніфестування пухлини у 80% хворих, в середньому від 4 – до 9 місяців [3].

Для клінічної картини характерним є наявність еритемних плям у вигляді гірлянд, що швидко змінюють свою форму, дещо підвищуються над поверхнею шкіри та розповсюджуються зі швидкістю до 1 см на добу. На краю еритеми може виникати облямівка з лусочок чи у вигляді смуг з везикуляцією, іноді пігментацією. Часто уражається вся поверхня тіла, нерідко супроводжується сильним свербіжем. У виражених випадках висип створює чудернацькі фігури, що нагадують шкіру зебри або деревні візерунки, які, як зазначалося вище, щоденно змінюють форму. Патогістологічна картина неспецифічна, спостерігаються помірний гіперкератоз, паракератоз, акантоз та периваскулярна мононуклеарна інфільтрація у дермі.

Долонно-підшвова кератодермія

Dobson та його колеги (1965) вперше помітили взаємозв'язок цієї патології із пухлинами внутрішніх органів, проте багато авторів ставлять під сумнів паранеопластичну природу долонно-підшової кератодермії (Bean, Gilbertsen) [5]. На даний час не існує статистичних даних щодо поширення долонно-підшової кератодермії як паранеопластичного прояву раку стравоходу [8].

Клінічна картина характеризується наявністю на долонях та підшвах вогнищ надмірного лущення. Шкіра у місцях ураження гіперемована, ділянки патологічного процесу чітко відмежовані від здорових. Після відлущування шкіра стає витонченою, зморщеною, легко виникають тріщини, особливо у місцях природніх складок. Патогенез долонно-підшової кератодермії пов'язують з хромосомою 17q24 [9].

Синдром Лессера-Трелата

У третині всіх випадків синдром Лессера-Трелата асоціюється з аденокарциномами шлунково-кишкового тракту [3]. Gaduputi V. та його колеги описали унікальний клінічний випадок поєднання даного синдрому з плоскоклітинним раком стравоходу. Досі в літературі описано лише два таких випадки [10,12].

Клінічна картина характеризується раптовою появою множинних елементів (себорейні невуси, себорейні бородавки, кератоз), кількість яких постійно зростає, іноді вони супроводжуються свербіжем. Розміри елементів висипу коливаються в межах від кількох міліметрів до одного сантиметра і більше, можуть зливатися; форма – округла чи овальна, з гладенькою або горбистою у вигляді цвітної капусти поверхнею. Колір цих утворів сірий, коричневий, інколи – чорний. Місцями локалізації висипу є тіло (близько 76%), кінцівки (38%), обличчя (21%) та шия (13%).

Цікавим є те, що регресія шкірного ураження після видалення пухлини спостерігається лише у половини всіх пацієнтів [11].

В літературі також зустрічаються описи поодиноких випадків поєднання інших дерматологічних паранеоплазій та раку стравоходу. Наприклад, Cho JH та його колеги спостерігали 68-річного чоловіка із клінічними симптомами **паранеопластичного пемфігуса**, у якого в процесі дообстеження (ендоскопія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та біопсія) діагностували плоскоклітинний рак стравоходу. Як зазначають автори, в літературі зустрічаються лише чотири аналогічні випадки [13]. Виділено 5 діагностичних критеріїв паранеопластичного пемфігуса: 1. Наявність болючих міхурів та ерозії слизових оболонок, поліморфного висипу (папули, міхурі, ерозії) на шкірі тулуба, кінцівок, долонь та підощв і злоякісної пухлини; 2. Інтраепідермальний акантоліз, некроз кератиноцитів, вакуолізація базальних кератиноцитів; 3. Депонування IgG та C3 компонента комплекта в епідермальних міжклітинних просторах та лінійне відкладення C3 у базальній зоні при прямій реакції імунофлюоресценції; 4. Наявність сироваткових аутоантитіл, прикріплених до клітин простого, циліндричного та перехідного епітелію; 5. Наявність сироваткових аутоантитіл до епідермальних антигенів 250, 230, 210 і 190 кД в реакції імунопреципітації [14].

Паранеопластичний пемфігус демонструє резистентність до лікування та свідчить про поганий прогноз, а рівень смертності становить 75-80% [13].

Рідко зустрічається **паранеопластична пігментно-папілярна дистрофія шкіри (acanthosis nigricans)** при раку стравоходу. Sarbia M. та колеги описують дану паранеоплазію у 69-річного хворого, у якого діагностували рак стравоходу. На фоні проведеної хіміотерапії (хірургічне лікування не проводилося через наявність метастазів у печінку) спостерігався частковий пухлинний регрес та позитивна динаміка щодо уражень шкіри [15]. Для acanthosis nigricans характерними є поєднання пігментації, папіломатозу шкіри та гіперкератозу шкірних складок. Шкірні зміни локалізуються у пахових складках, ліктьових і колінних згинах, на шкірі потилиці, у ділянках статевих органів, ануса, пупка, під пахвами, інколи – на підборідді, навколо очей, рота.

Надзвичайно рідко з раком стравоходу асоціюються **паранеопластичні васкуліти** [16].

Протягом останніх років зростає інтерес до паранеопластичних синдромів, зокрема тих, що супроводжуються ураженням шкіри та слизових оболонок. Враховуючи той факт, що ураження шкіри доволі часто виникають за декілька місяців, а навіть і рік, до прояву самої пухлини, пацієнт “має шанс” своєчасно отримати адекватне радикальне лікування. ПДС при раку стравоходу є ще недостатньо вивченими, а особливо цікавим залишається питання їхнього прогностичного значення у ефективності лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No.10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer 2010.
2. Sant M, Allemani C, Santaquilani M, et al. EURO CARE Working Group EURO CARE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995–1999. Results and commentary. Eur J Cancer. 2009; 45(6): 931–91.
3. Silva JA, Mesquita KdC, Igreja AC, et al. Paraneoplastic cutaneous manifestations: concepts and updates. An Bras Dermatol 2013; 88(1): 9-22.
4. Болотная Л. А. Паранеопластические дерматозы / Л. А. Болотная, И. М. Сербина // Международный медицинский журнал. – 2008. - № 3. - С. 86 – 90.
5. Дедкова Е.М. Паранеопластические заболевания / Е.М. Дедкова, А.С. Рабен// М.: Медицина, 1977. — С. 136.
6. Pipkin CA, Lio PA. Cutaneous manifestations of internal malignancies: an overview. Dermatol Clin 2008; 26: 1-15.
7. Thiers BH, Sahn RE, Callen JP. Cutaneous manifestations of internal malignancy. CA Cancer J Clin 2009;59:73-98.
8. Ehst BD, Minzer-Conzetti K, Swerdlin A, et al. Cutaneous manifestations of internal malignancy. Curr Probl Surg 2010; 47: 384-445.
9. Ilhan M, Erbaydar T, Akdeniz N, et al. Palmoplantar keratoderma is associated with esophagus squamous cell cancer in Van region of Turkey: a case control study. BMC Cancer 2005; 5: 90.
10. Gaduputi V, Chandrala C, Tariq H, et al. Sign of Leser-Trélat associated with esophageal squamous cell cancer. Case Rep Oncol Med 2014; 825929.
11. Ellis DL, Yates RA. Sign of Leser-Trélat. Clinics in Dermatology 1993; 11(1): 141–148.
12. Chiba T, Shitomi T, Nakano O, et al. The sign of Leser-Trelat associated with esophageal carcinoma. American Journal of Gastroenterology 1996; 91(4): 802–804.
13. Cho JH, Kim NJ, Ko SM, et al. A case report of paraneoplastic pemphigus associated with esophageal squamous cell carcinoma. Cancer Res Treat 2013; 45(1): 70-3.
14. Anhalt GJ, Kim SC, Stanley JR, et al. Paraneoplastic pemphigus: an autoimmune mucocutaneous disease associated with neoplasia. N Engl J Med 1990; 323: 1729-1735.
15. Sarbia M, Ringelhan M, Siveke J, et al. Paraneoplastic acanthosis nigricans of the esophagus: a case report. Z Gastroenterol 2012; 50(7): 680-3.
16. Mita T, Nakanishi Y, Ochiai A, et al. Paraneoplastic vasculitis associated with esophageal carcinoma. Pathol Int 1999; 49(7): 643-7.

Н.В.МАЛЯРСЬКА, І.Б. МУШИНСЬКА

ХРОНІЧНА ІШЕМІЯ МОЗКУ: ВІД АСТЕНІЇ ДО ДЕМЕНЦІЇ.

В статті представлено інформацію про розвиток та прогресування такої недуги – як хронічна ішемія мозку, яка є соціально-економічною проблемою, приводить до старіння населення світу, знижує якість життя пацієнта, а тому потребує чітких критерії діагностики.

Ключові слова: хронічна ішемія мозку, астения, тривога, деменція.

В статье есть информация о развитии и прогрессировании болезни – хронической ишемии мозга, которая есть социально-медицинской проблемой, ведет к старению населения мира, снижает качество жизни пациента, нуждается в четких критериях диагностики.

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга, астения, тревога, деменция.

The paper presents information on the development and progression of this illness - as chronic ischemia, which is a socio-economic problem, leads to an aging world population, reduces the quality of life, and therefore requires a clear diagnostic criteria.

Key words: chronic ischemia, fatigue, anxiety, dementia

Астения – універсальна реакція організму на будь-який стан, який приводить до виснаження енергетичних запасів; при тривалому перебуванні в якому розвивається слабкість, підвищена втома, емоційна лабільність, розлади сну. Астенію відносять до найбільш поширених синдромів, які зустрічаються в практиці кожного лікаря. Астенічні розлади в суспільстві прогресивно зростають. Діагностика астенічного синдрому потребує детального соматичного, неврологічного, інструментального і психологічного обстеження, тому що її лікування прямо залежить від факторів, які приводять до її розвитку.

У випадку астенії в першу чергу відбуваються зміни активності ретикулярної формації стовбура мозку, які забезпечують підтримання рівня уваги, сприйняття, сну та стану бадьорості, загальної та м'язової активності, вегетативної регуляції. Поряд зі змінами в ретикулярній формації порушується взаємодія і гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи, яка і є основною нейрогормональною системою в реалізації стресу. Астенію можна розцінити як універсальний захисний або компенсаторний механізм адаптації, який спрацьовує у випадку реальної загрози, так і у випадку надуманої.

В клініці астенію поділяють на: соматогенну(пов'язану з органічною хворобою) або психогенну (первинну). Виділяють також реактивну та хронічну астению.

Соматогенна астения (вторинна, симптоматична) є проявом різних соматичних, токсичних та психічних захворювань: інфекційних, ендокринних та метаболічних розладів; гематологічних та сполучно-тканинних хвороб; онкологічних та неврологічних захворювань; ятрогенних впливів; професійних шкідливостей. тощо.

Діагноз астенії може бути виставлений, якщо пацієнт постійно скаржиться на загальну слабкість, підвищену втому, зниження працездатності, а також на біль в м'язах, біль голови, головокружіння, розлади сну, неспроможність розслабитися, дратівливість. Поряд зі слабкістю та втомою, як правило, розвиваються і інші розлади: зниження пам'яті, розсіяність, порушення уваги, біль в серці, животі, спині, тахікардія, підвищена пітливість, відчуття внутрішнього напруження, зниження апетиту, похудання, набряки, гіперестезія.

Для астенічного синдрому при хронічній ішемії мозку характерно хвилеподібне наростання симптомів астенії. На початкових стадіях ішемії симптоми астенії проявляються більше зранку, зменшуються до середини дня і до вечора. В міру

прогресування атеросклеротичного процесу в судинах мозку хворі стають слізливими, образливими, невпевненими в собі, буркотливими; спостерігається зниження пам'яті, утруднено засвоєння нової інформації. Клінічно хронічна ішемія мозку (ХІМ) проявляється трьома патологічними синдромами: емоційними, когнітивними та неврологічними.

Патогенез емоційних розладів при хронічній ішемії мозку є досить складним, та чітко пов'язаний з когнітивними розладами. Емоційні порушення, як і когнітивні, можуть бути результатом вторинної дисфункції лобних відділів головного мозку. Відомо, що зв'язки дорзолатеральної лобної кори і стріарного комплексу беруть участь у формуванні позитивного емоційного підкріплення при досягненні мети діяльності. Порушення цих зв'язків в результаті феномену роз'єднання будуть приводити до недостатності позитивного підкріплення і, як наслідок, до хронічної фрустрації, що є передумовою виникнення депресії.

Для хворих з ХІМ характерні емоційно-вольові розлади, які нерідко істотно утруднюють лікування, а також можливість соціальної адаптації хворих. Оцінка цих розладів важлива як для їхнього раннього виявлення так і можливостей терапевтичної корекції.

Розрізняють кілька типів тривоги - сигнальна, фобічна, соматизована, нормальна і т.д. Шкали для оцінки тривоги дозволяють отримувати лише орієнтовану, попередню інформацію, не вирішуючи задачі точної діагностики.

Тривога – як загально-людський феномен виникає у відповідь на невизначену або загрозову ситуацію чи дефіцит інформації. «Нормальна» тривога пропорційна до об'єктивної небезпеки і є важливим адаптаційним механізмом людини. Тривога має профілактичне значення, тому що постійно інформує людину про небезпеку і стимулює її до дії.

Патологічна тривога за своєю інтенсивністю і тривалістю не корелює з реальною загрозою і може бути психічним розладом, як неврологічного або психотичного рівня. Саме патологічна тривога може бути причиною чи пусковим механізмом до розвитку як психічних так і соматичних захворювань.

При хронічній ішемії мозку виникає схильність до емоційної лабільності. Хворі стають плаксивими; сентиментальний фільм, зустріч зі старими друзями приводить до надлишкових емоцій у вигляді сліз. Відповідна реакція, більш чи менш адекватна стимуляція приводить до вісцеральних та рухових складових змін емоційного переживання. Саме старіння приводить до послаблення контролю над емоціями. У хворого з дифузним ураженням мозку емоційні реакції відповідають ситуації, але найменший провокуючий фактор приводить до емоційних реакцій. Здається, всі мімічні м'язи обличчя, бульбарні та дихальні показують емоційне переживання; звільняються від контролю кори головного мозку і проявляються псевдобульбарним синдромом. У хворих з ХІМ знижується вся психомоторна активність: зменшується кількість думок, слів, рухів за одиницю часу (психомоторна астения). При спілкуванні з таким пацієнтом спостерігається сповільнена психічна активність, швидкість мислення, знижене сприйняття, інтерес до навколишнього. Провідною теорією цього дефіциту є

підвищення порогу сприйняття стимулів, зниження рівня уваги, втрата здатності до фокусування думок, розвивається апатія і послаблення мотивації(абулія).

Під судинними когнітивними розладами розуміють порушення вищих мозкових функцій внаслідок цереброваскулярної патології. Це поняття об'єднує судинну деменцію та менш важкі порушення когнітивних функцій судинного походження. Легкі когнітивні розлади – це найперші симптоми, які пацієнт відмічає суб'єктивно, проте їх можна виявити при психологічному дообстеженні. Оцінка когнітивного дефіциту повинна проводитися вже на етапі спілкування з ним та при зборі анамнезу. При цьому оцінюють стан пам'яті, мислення, логіку, емоційність. Слід звернути увагу на здатність хворого виконувати інструкції, швидкість та повноту відповіді на запитання. Під час розпитування встановлюють ступінь адаптації в побуті, збереження побутових навиків та інше. Найтрагічнішим наслідком когнітивного дефіциту є зниження якості життя пацієнта та його родини. Згідно клінічних спостережень за 4-5 років легкий когнітивний дефіцит стане деменцією. Деменція – стійке порушення когнітивних функцій внаслідок судинно-мозкової недостатності, при якій страждають 2 та більше когнітивні функції. Деменція приводить до дезадаптації: соціальної, професійної та трудової; це великі соціально-економічні затрати, перш за все тому, що пацієнт потребує сторонньої допомоги та догляду.

Отже, емоційні та когнітивні розлади є закономірною складовою частиною клінічної симптоматики хронічної ішемії мозку, а отже факторами старіння особи. В основі цих розладів лежить ураження глибинних відділів півкуль мозку(базальних гангліїв, білої речовини мозку), пов'язане з хронічною гіперперфузією, або з повторними епізодами мозкової недостатності. Ураження глибоких структур мозку приводить до роз'єднання зв'язків кори лобної частки та глибоких підкіркових структур і як результат - вторинна дисфункція з проявами когнітивного дефіциту та астенії.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Вінничук С.М. Судинні захворювання головного мозку. - К.: Наукова думка, 1999. – 250 с.
2. Гусев Є.І., Скворцова В.І. Ішемія головного мозку. - М.: Медицина, 2001. – 328 с.
3. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнітивні розлади влітньому і старечому віці: методичний посібник для лікарів. - М., 2005. - 70 с.
4. Захаров В.В., Дамулін І.В. Діагностика та лікування порушень пам'яті та інших вищих мозкових функцій у літніх: методичні рекомендації /За ред. М.М. Яхно. - М., 1997. – 369 с.
5. Изард К.Э. Психология эмоций.- Пер. с англ.- СПб.- 1999.
6. Локшина А.Б., Захаров В.В. Легкі і помірні когнітивні розлади при дисциркуляторній енцефалопатії //Неврол. журн. - 2006. - 11 (додаток 1). - С. 57-64.
7. Лурія А Основи нейропсихології. - М.: Academia, 2002.
8. Парфьонов В.А., Іжак А.А., Старчіна Ю.А. Когнітивні та емоційні порушення у хворих з артеріальною гіпертензією //Неврол. журн.- 2006. - 1 (додаток 1). - С. 47-53.

Ю.О. МАТВІЄНКО, С.В. МАТВІЄНКО
ЛІКУВАННЯ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ
Ч.1. ТЕРАПІЯ ЗАГОСТРЕНЬ

Розсіяний склероз належить до найбільш проблемних неврологічних захворювань, разом з тим на нинішньому етапі розвитку медицини його лікування добре розроблене. У представленому нижче циклі статей подана інформація по різних аспектах терапії цієї недуги, зокрема, лікуванню загострень, хворобо-модифікуючому і симптоматичному лікуванню.

Ключові слова: розсіяний склероз, загострення, терапія, глюкокортикоїди, кортикотропін, плазмаферез

Рассеянный склероз относится к наиболее проблемным неврологическим заболеваниям, вместе с тем на нынешнем этапе развития медицины его лечение хорошо разработано. В представленном ниже цикле статей представлена информация по различным аспектам терапии этого недуга, в частности, по лечению обострений, болезнь-модифицирующему и симптоматическому лечению.

Ключевые слова: рассеянный склероз, обострение, терапия, глюкокортикоиды, кортикотропин, плазмаферез

Multiple sclerosis is one of the most challenging neurological disorders, nonetheless at the actual stage of medicine's development the treatment is developed. Cycle of articles below presents information on the different fasts of management of this ailment, in particular on treatment of exacerbations, disease-modifying and symptomatic treatment.

Key words: multiple sclerosis, exacerbation, treatment, corticosteroids, corticotropin, plasmapheresis

1. ВСТУП

Розсіяний склероз (РС) — хронічне прогресуюче запальне демієлінізуюче захворювання. Його рецидивуючо-ремітуючий перебіг найпоширеніший у пацієнтів із цією недугою.

Загострення РС зазвичай означають як нововиниклий або прогресуючий неврологічний дефіцит, що триває понад 24 години за відсутності лихоманки або інфекції. Воно є характерним проявом цієї хвороби і часто асоціюється з вираженим функціональним погіршенням і зниженням якості життя, пов'язаної із здоров'ям. Для абсолютної більшості таких пацієнтів найактуальнішою проблемою залишається непередбачуваність екзацерацій.

Останні відображають формування нових бляшок демієлінізації або запалення попередніх демієлінізуючих вогнищ у будь-якій ділянці центральної нервової системи (ЦНС). Загалом найпоширеніші симптомокомплекси пов'язані з новими або активованими старими запальними процесами в зоровому нерві, мозочку, спинному мозку і великих півкулях. Тому презентуючі прояви захворювання (зорові, рухові, сенсорні, координаторні, когнітивні та інші) можуть коливатися або комбінуватися між собою.

Важливо виключити певні стани, що призводять до так званих “псевдоекзацерацій”, наприклад лихоманку, інфекції (переважно верхніх дихальних та сечовивідних шляхів), стреси та дію високих температур.

Природна еволюція загострень РС полягає в тому, що вони завершуються регресом симптомів із подальшим досягненням ремісії й інколи (на ранніх стадіях розладу) повним (хоча й тимчасовим) одужанням; разом з тим резидуальні симптоми можуть персистувати і сприяти

поступовому наростанню інвалідизації. Саме тому лікування екзацерацій є важливим напрямом у терапії РС.

Контроль загострень при цьому захворюванні, на думку багатьох авторів, має ще один аспект — психологічний, оскільки допомагає встановити хороші відносини між лікарем і пацієнтом, а також дає останньому впевненість у власній спроможності контролювати свою хворобу.

2. ЕВОЛЮЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕНЬ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ: ВІД КОРТИКОТРОПІНУ ДО КОРТИКОСТЕРОЇДІВ І ПОВЕРНЕННЯ ДО КОРТИКОТРОПІНУ

У першій половині 20 століття методом вибору лікування екзацерації РС був ліжковий режим, котрий, на думку тодішніх лікарів, полегшував одужання і скорочував тривалість симптомів. Це було підтримано у багатьох наукових (переважно німецькомовних) публікаціях 1930–1940-х років.

2.1. КОРТИКОТРОПІН ЯК ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ

Одну з перших англійських публікацій, присвячену контрольованому дослідженню лікування загострень РС, написали Miller et al. Ці вчені у 40 пацієнтів застосовували кортикотропін (АКТГ) або фізіологічний розчин. Згадана робота ще й досі вважається першим контрольованим дослідженням при цьому захворюванні. Пацієнти, залучені в нього, означувалися як “особи із чітким РС, у котрих виявлявся хоча б один новий симптом тривалістю менше 14 днів без спонтанного поліпшення”. Всі учасники дослідження були рандомізовані у 2 групи — у першій їм призначали АКТГ, у другій здійснювали лише ін’єкції фізіологічного розчину. Хворі, що йшли на гормонотерапію, одержували 60 МО двічі на день протягом першого тижня лікування, 40 МО двічі на день протягом другого тижня і 60, 40 і 20 МО на другий, четвертий і шостий день третього тижня. Згідно з висновками авторів, “препарат здійснює сприятливий вплив на клінічні прояви загострення хвороби”.

В іншому дослідженні 1967 року, здійсненого Rinne et al., дійшли результатів, що кортикотропін у добовій дозі 30 МО при прийомі протягом 35 днів непогано діє на “гострий РС”. Цікаво, що в цьому дослідженні також оцінювали “хронічні випадки” хвороби, хоча даної групи так і не було чітко окреслено.

Проте методологічно найліпше (тобто велике, контрольоване, подвійно сліпе, багатоцентрове) клінічне дослідження ролі АКТГ при РС здійснили Rose et al. Хворих рандомізували на прийом гормону чи плацебо. Було залучено 197 осіб із 10 клінік у США. В цьому дослідженні вперше використали Шкалу оцінки стану інвалідизації (DSS), котру згодом модифікували в розширену версію (EDSS). В основній групі 40 МО АКТГ вводили внутрішньом’язово двічі на день протягом 7 днів, далі 20 МО двічі на день протягом 7 днів, що засвідчило позитивний вплив порівняно із плацебо-групою. Такі дані зрештою привели до визнання препарату, як придатного для лікування екзацерацій РС і схвалення FDA до використання з цією метою.

Стара ідея ліжкового режиму при загостренні хвороби вивчалася повторно (Hoogstraten et al.), його порівнювали із застосуванням АКТГ. Виявилось, що такий немедикаментозний вплив ефективний лише в поєднанні з гормонотерапією. Насамкінець варто зазначити, що механізм дії АКТГ при РС пов’язаний із стероїдогенним потенціалом.

2.2. СИСТЕМНІ СТЕРОЇДИ

Другий і дотепер останній агент, схвалений FDA для терапії екзацербачії РС, — метилпреднізолон внутрішньовенно (МПВВ). Було проведено кілька досліджень, у яких його порівнювали із АКТГ і плацебо.

Механізм дії системних кортикостероїдів пов'язаний із імуносупресією, а також із протинабряковим ефектом. Більше того, відомо, що їх застосування асоціюється із лімфопенією, зокрема зниженням рівня В-лімфоцитів та їх доступності у запальних зонах, наслідком чого є зменшення кількості клітин, що синтезують IgG в ЦНС. Це може приводити до зниження патологічної проникності гематоенцефалічного бар'єра та подальшого зменшення активних вогнищ на МРТ.

У дослідженні Abbruzzese et al. від 1983 року 60 пацієнтів рандомізували в дві групи — у першій з них хворі одержували внутрішньовенно синтетичний АКТГ в дозі 1 мг/добу, розведений у 250 мг фізіологічного розчину протягом 15 днів, у другій — болосний МПВВ в дозі 20 мг/кг/добу протягом 3 днів, далі — 10 мг/кг/добу протягом наступних 3 днів, далі — 5 мг/кг/добу протягом ще 4 днів і зрештою — 1 мг/кг/добу протягом останніх 4 днів. Якщо вважати, що пацієнти з другої групи мали середню масу близько 70 кг, то добові дози гормонального препарату мали би становити 1400, 700, 350 і 70 мг відповідно. Не виявлено жодної різниці між двома режимами терапії. Згідно з висновками дослідників, АКТГ і ВВМП демонструють аналогічну ефективність при загостреннях РС, разом з тим останній діє швидше, і загалом “високі дози стероїдів при внутрішньовенному застосуванні є корисною альтернативою у лікуванні гострого демієлінізуючого розладу”.

Хронологічно наступне дослідження МПВВ при екзацербачії РС було проведене Barnes et al. в 1985 році. У ньому 25 хворих рандомізували на введення метилпреднізолону в дозі 1 г/добу протягом 7 днів або АКТГ внутрішньом'язово в добовій дозі 80 мг із поступовим щотижневим зниженням до 60, 40 і 20 мг (загалом 28 днів). Клінічне поліпшення у групі метилпреднізолону наставало швидше (протягом перших 3 днів) і утримувалося до 28-го дня дослідження. Разом з тим, через 3 місяці міжгрупової різниці виявлено не було.

Результати подвійно сліпого, рандомізованого дослідження АКТГ на противагу дексаметазону і метилпреднізолону при РС опублікували Milanese et al. в 1989 році. 30 пацієнтів рандомізували у групи з таким терапевтичним режимом: 1) АКТГ із схемою введення — 50 мг/добу протягом 7 днів, далі 25 мг/добу протягом 4 днів, потім 12,5 мг/добу протягом останніх 3 днів; 2) дексаметазон у дозі 8 мг/добу (7 днів), далі 4 мг/добу (4 дні), потім 2 мг/добу (3 дні); 3) метилпреднізолон у дозі 40 мг/добу (7 днів), потім 20 мг/добу (4 дні), далі 10 мг/добу (3 дні). Кожен препарат розводили у 250 мг фізрозчину і застосовували внутрішньовенно. Проаналізувавши результати, автори дійшли висновку, що хворі, котрі приймали АКТГ і дексаметазон, демонстрували клінічне поліпшення, останній виявив найліпший терапевтичний ефект, еквівалентні ж дози метилпреднізолону не були настільки ж добрими, як інші порівнювані препарати. Таким чином, було засвідчено вираженіший лікувальний вплив високих доз кортикостероїдів на противагу низьким.

У подвійно сліпому, рандомізованому, контрольованому дослідженні Thompson et al. оцінювали відносну ефективність МПВВ і АКТГ при загостреннях РС. Шістдесятодого пацієнта було рандомізовано у 2 групи: 1) МПВВ в дозі 1 г/добу протягом 3 днів з подальшим переходом на плацебо внутрішньом'язово (14 днів); 2) плацебо внутрішньовенно протягом 3 днів з переходом на АКТГ в добовій дозі 80 мг із подальшим зниженням до 20 мг протягом 14 днів. Виявлено очевидне поліпшення загальномедичного стану в обох групах, котрі були еквівалентні у поняттях рівня одужання і кінцевого прогнозу через 3 місяці. Разом з тим

зазначено, що 3-денний курс внутрішньовенних інфузій має чіткі технічні переваги над 14-денним режимом внутрішньом'язового введення тестованих медикаментів.

Висновки плацебо-контрольованого дослідження МПВВ на противагу плацебо, здійсненого Durelli et al., опубліковано у 1986 році. 23 хворих на РС рандомізували у дві групи. В першій досліджувані особи приймали метилпреднізолон у низхідному режимі (1–3 дні — 15 мг/кг/добу, 4–6 дні — 10 мг/кг/добу, 7–9 дні — 5 мг/кг/добу, 10–12 дні — 2,5 мг/кг/добу, 13–15 дні — 1 мг/кг/добу), в другій як плацебо протягом 15 днів використовували фізіологічний розчин. Під кінець контрольованої фази хворим із другої групи починали вводити МПВВ згідно з режимом, розробленим для першої групи. Після завершення інфузійної гормонотерапії пацієнти з обох груп починали приймати преднізолон перорально, починаючи з добової дози 100 мг, котру поступово знижували протягом 120 днів. Серед 10 осіб із плацебо-групи 6 відзначило суб'єктивне поліпшення на 4–8 день після ініціації лікування, тоді як клінічно значуще поліпшення було лише в 4 хворих. Всі пацієнти із першої групи засвідчили суб'єктивне поліпшення на 1–3 день терапії, а з 13 осіб 12 відзначили достовірне поліпшення. Протягом подвійно сліпої фази дослідження співвідношення між респондерами та нереспондерами було достовірно вищими серед тих, хто приймав гормонотерапію, порівняно із плацебо.

Інше подвійно сліпе, плацебо-контрольоване дослідження високих доз МПВВ завершили Milligan et al. у 1987 році. В ньому 50 пацієнтів із РС рандомізували на введення високих доз (500 мг/добу) метилпреднізолону протягом 5 днів або еквівалентного об'єму фізіологічного розчину. В групі гормонотерапії хворі демонстрували поліпшення балів шкал інвалідизації через 4 тижні (19 осіб із 26), ніхто не мав погіршення загального стану, а серед 7 нереспондерів 6 пацієнтів мали прогресуючі форми захворювання. У контрольній групі (24 особи) 7 осіб демонстрували поліпшення балів інвалідизації, 6 осіб — їх погіршення, в 10 хворих стан залишився без змін. Такі результати підтверджують сприятливий вплив від застосування метилпреднізолону.

У результатах опублікованого в 1992 році дослідження лікування зорового невриту, хоча воно і не стосувалося РС, порівнювали пероральне використання при цьому стані преднізолону (1 мг/кг/добу протягом 14 днів; 156 осіб), МПВВ (1 г/день протягом 3 днів з переходом на пероральний преднізолон у дозі 1 мг/кг/добу протягом 11 днів; 151 особа) і плацебо (перорально протягом 14 днів; 150 осіб). В ньому брали до уваги дуже чутливі прогностичні маркери, зокрема, контрастну чутливість очей, розміри зорових полів, кольоровий зір і його гостроту. Виявлено, що функції зору відновлюються швидше на фоні призначення метилпреднізолону порівняно із плацебо, і хоча з часом міжгрупові різниці зменшувалися, через 6 місяців у групі МПВВ продемонстровано ліпші показники щодо зорових полів, контрастної чутливості та кольорового зору, але не його гостроти. Прогностичні показники між групами преднізолону і плацебо між собою достовірно не відрізнялися. Окрім того, рівень нових епізодів зорового невриту був вищим у групі пероральної гормонотерапії (преднізолон), але не серед тих, хто приймав МПВВ. Автори дійшли висновку, що внутрішньовенне введення метилпреднізолону з подальшим переходом на преднізолон перорально поліпшує відновлення зору при зоровому невриті, тоді як пероральна монотерапія преднізолоном неефективна і навіть підвищує ризик нових екзацерацій.

Отже, дози метилпреднізолону із згаданих вище досліджень варіюють — від 15 мг/кг/добу до 1 г/добу. Виявлено, що низькі дози були неефективними, а дозовий діапазон 0,5–1 г/добу визнано найоптимальнішим.

Також варіює тривалість лікування, й останніми роками консенсус щодо того, як довго має тривати терапія загострення РС, дуже змінився. У 1960–1980-х роках нормою вважалося

лікування екзацербачії хвороби протягом 4 тижнів і навіть 35 днів. Останнім часом адекватним періодом є 3–7 днів.

З 1990-х років вивчали призначення високих доз метилпреднізолону перорально і цей шлях використання медикаменту був цілком сумірним із МПВВ. Фінансові та інші практичні переваги такого підходу очевидні. Було проведено кілька клінічних досліджень із цього приводу.

У 1998 році опубліковано результати подвійно сліпого, рандомізованого, плацебо-контрольованого дослідження Sellebjerg et al., у якому 51 хворого на РС рандомізували в групу перорального прийому метилпреднізолону (в добовій дозі 500 мг протягом 5 днів із подальшим її зниженням та відміною) або в плацебо-групу. В першій з них кількість респондерів була достовірно вищою. Висновок авторів: пероральний прийом цього препарату у високих дозах придатний для контролю загострень РС, хоч і супроводжується численними (але не серйозними) побічними ефектами.

У дослідженні Barnes et al. 42 пацієнти із РС були розподілені у групу призначення метилпреднізолону перорально і 38 хворих — на МПВВ. Первинним прогностичним показником була міжгрупова різниця за шкалою EDSS більше ніж на 1 бал через 4 тижні. Достовірної різниці виявлено не було, тому автори дійшли висновку, що при загостренні РС оптимальніше застосувати згаданий агент перорально, а не внутрішньовенно, беручи до уваги комплаєнтність, безпеку і ціну.

Недавно (2009 р.) опублікували результати короткого рандомізованого МРТ-дослідження застосування високих доз метилпреднізолону перорально на противагу МПВВ (Martinelli et al.). 40 хворих рандомізували на прийом препарату внутрішньовенно або перорально в дозі 1 г/добу протягом 5 днів. Виявлено, що обидва режими були однаково ефективними як щодо зменшення кількості вогнищ демієлінізації, підсилених гадолінієм, так і з погляду клінічної ефективності, безпеки і переносимості.

2.3. ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ ПРИЗНАЧЕННЯ СТЕРОЇДІВ І АКТГ

Застосування кортикостероїдів або АКТГ пов'язане з розвитком багатьох побічних ефектів. Чутливість до них і їх відносна частота варіюють у різних хворих і залежать від багатьох чинників — коморбідностей, дозування, тривалості терапії, шляху призначення медикаменту. Згідно з висновками рандомізованих клінічних досліджень, загалом, хоч і на фоні певних ризиків, короткотермінове призначення глюкокортикоїдів або АКТГ (навіть у високих дозах) асоціюється з нечастими і відносно несерйозними ускладненнями. Побічні ефекти, пов'язані із вживанням АКТГ, стосуються головним чином стероїдогенного впливу і близькі до побічних ефектів кортикостероїдів. У таких пацієнтів можуть виявлятися підвищена чутливість до нових і реактивація латентних інфекцій, недостатність наднирників унаслідок раптової відміни препарату після тривалого застосування, синдром Кушинга, підйоми артеріального тиску, затримка солі й рідини в організмі, гіпокаліємія, симптоми, що нагадують інші захворювання. Існує підвищений ризик перфоративних і геморагічних ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту, появи або погіршення ейфорії, безсоння, дратівливості, коливань настрою, особистісних змін, депресії та психозу. Обережно слід призначати АКТГ пацієнтам із цукровим діабетом, міастенією, гіпотирозом та цирозом печінки, при тривалому використанні існує ризик виникнення катаракт, очних інфекцій, глаукоми, а також зниження щільності кісток. Cass et al. систематизували побічні ефекти у 47 пацієнтів із РС при лікуванні АКТГ. Останнє включало початкову “інтенсивну” фазу, за якою йшла “підтримуюча” терапія. В першій фазі АКТГ швидкої дії (40 МО/добу) вводили протягом 8 годин щодня внутрішньовенно (10 днів), у другій — застосовували АКТГ тривалої дії (50–60 МО внутрішньом'язово двічі на

день з подальшим зменшенням добової дози на 20 МО кожні 3–5 днів до досягнення цільової підтримуючої дози 20–40 МО кожен другий день). У досліджуваній групі був 41 пацієнт, котрий одержував підтримуюче лікування. Протягом ініціальної інтенсивної терапії АКТГ в 19 пацієнтів спостерігали помірну гіперглікемію (глюкоза крові натще — 120–150 мг/дл), в одного хворого розвинувся стероїдний діабет (глюкоза крові натще — 185 мг/дл) через тяжке виснаження наднирників, що потребувало тимчасового припинення лікування. Також на підтримуючій фазі в одного хворого, котрий не мав жодних ускладнень під час інтенсивного лікування, виявили дуже високий рівень глюкози натще, в нього розвинулася діабетична кома, яка закінчилася летально. Що стосується остеопорозу, то цей стан діагностували в одного пацієнта у фазі інтенсивного лікування і в двох осіб — у підтримуючій фазі. Всі вони були жінки.

Говорячи загалом, найпоширенішими стероїд-індукованими ускладненнями стали гастроентерологічні (переважно печія), збільшення маси тіла, набряки, емоційні порушення, дисфорія або тривожність, безсоння, м'язово-скелетний біль, тахікардія, вугрі, біль голови і неприємний металевий присмак протягом або після внутрішньовенної інфузії. Інформація про гіперглікемію, гіпертензію, “місяцеподібне обличчя” і гірсутизм траплялися рідше.

Серед побічних ефектів із залученням м'язово-скелетної системи остеопороз виявляли принаймні в 50% пацієнтів на фоні тривалої стероїдотерапії. Згідно з висновками Schwid et al., “одиночна пульс-терапія глюкокортикоїдами не впливає на зниження кісткової щільності хворих на РС із повним діапазоном пересування; що стосується серійного режиму пульс-терапії, то вона не здійснює кумулятивного впливу на щільність кісток згідно з ретроспективним аналізом; зміни щільності стегнової кістки в таких хворих із низьким амбулаторним потенціалом пов'язані з гіпомобільністю, а не введенням гормонів”. Також, хоча й існують дані, що повторні курси пульс-терапії глюкокортикоїдами можуть підвищувати ризик ускладнень, дослідження Zorzon et al., присвячене оцінці довготермінових наслідків високих доз МПВВ при РС, зокрема впливу на кісткову щільність, засвідчило, що такий терапевтичний режим не асоціюється з остеопорозом. Разом з тим остеопенія спостерігалася частіше в основній групі, порівняно з контрольною (здорові особи), і її виявляли лише в осіб, які одержували лікування з приводу загострень хвороби і мали високі бали EDSS. На основі сказаного можна думати, що обмеження пересування, а не гормонотерапія, ймовірно, сприяє зниженню кісткової щільності.

Згідно з повідомленнями, асептичний некроз не є частим ускладненням призначення стероїдів при РС, найвища його частота спостерігалася у хворих із системним червоним вовчаком на фоні хронічного використання глюкокортикоїдів. Виникнення цього ускладнення непередбачуване, хоча часто воно розвивається в інтервалі кількох тижнів від початку лікування. Безпосередній зв'язок між стероїдотерапією і патогенезом асептичного некрозу не зовсім зрозумілий порівняно з іншими ускладненнями.

При застосуванні кортикостероїдів також описано психіатричні побічні ефекти. Тяжкі їх варіанти (психоз, депресія, маніакальні епізоди) виявляються приблизно у третини хворих. Безсоння наявне у близько 50% пацієнтів після пульс-терапії або перорального прийому цих ліків. Ризик психозу найвищий у перші дні-тижні після ініціації лікування, зокрема в жінок.

Інші часті побічні ефекти — інфекційні. Переважно це пневмонії, інфекції сечовивідних шляхів і септичні артрити/бурсити.

Розвиток задніх і субкапсулярних катаракт є давно відомим побічним ефектом стероїдотерапії, ці стани зазвичай виникають на фоні низьких доз гормонів.

Згідно з даними літератури, такі ускладнення, як гіпертензія, дисліпідемія і гіперглікемія/діабет, трапляються з різною частотою. Частота підйомів артеріального тиску

визначається тривалістю терапії, денною дозою препаратів і величиною досліджуваної популяції. Вплив використання кортикостероїдів на метаболізм вуглеводів прямо пропорційний преморбідній толерантності до глюкози, і стероїд-індуковані зміни співвідносні із станами інсулінорезистентності. Дослідження більш ніж 20000 пацієнтів засвідчило, що відносний ризик розвитку гіперглікемії, котра потребуватиме лікування, достовірно підвищується при вживанні гормонів порівняно з контрольною групою. Feldman-Billard et al. оцінювали короткотермінову толерантність 3-денної пульс-терапії МПВВ з приводу захворювань очей у 80 пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу і виявили зростання пікового рівня глюкози у 2 рази через 10 годин після інфузії. У більшості з них була потрібна інсулінова корекція. Що стосується хворих віком понад 70 років, то серед них часто виявляли 3-кратний підйом пікового рівня глюкози, що потребувало введення інсуліну. У висновках подвійно сліпого, рандомізованого, контрольованого дослідження Thompson et al., у якому порівнювали ефективність АКТГ і МПВВ в лікуванні екзацербачії РС, повідомили про одного пацієнта, котрий мав припинити прийом метилпреднізолону через дуже високий підйом рівня глюкози крові, та 2 хворих із глюкозурією без необхідності відміни терапії з тих, котрим прописали АКТГ.

Відносно низький рівень і тяжкість побічних ефектів у дослідженнях АКТГ і системних стероїдів, спостережувані при короткотерміновому призначенні, можуть пояснюватися виключенням із досліджень осіб із коморбідностями, що є причиною недооцінки частоти серйозних ускладнень застосовуваного лікування.

2.4. РЕНЕСАНС КОРТИКОТРОПІНУ В ЛІКУВАННІ ЕКЗАЦЕРБАЦІЙ РС

Тривалий час був загальноновизнаним факт, що дія АКТГ при загостреннях РС визначається його кортикотрофічними властивостями. Проте результати досліджень цього агента при інших захворюваннях (нефротичному синдромі, опсоклонусі-міоклонусі, інфантильних спазмах) забезпечили клінічні докази, що його стероїдогенна дія не пояснює ефективності кортикотропіну при згаданих розладах. Наприклад, при інфантильних спазмах (суто неврологічному захворюванні) АКТГ змінює церебральну активність при системному призначенні, і ці зміни не можна пояснити глюкокортикоїдною активністю, оскільки призначення кортикостероїдів демонструє сумнівну ефективність при цьому стані, а для досягнення оптимальної ефективності необхідні такі дози АКТГ, які перевищують необхідні для максимального вивільнення глюкокортикоїдів.

Недавно засвідчено, що АКТГ, окрім ефектів, реалізованих за посередництвом наднирників, має безпосередні протизапальні й імуномодуючі впливи через активацію центральних і периферичних меланокортинових (МК) рецепторів. АКТГ — меланокортиновий агоніст, він зв'язується зі всіма п'ятьма класами МК рецепторів, з яких лише один (другого типу, рецептор МК2) дотичний до стероїдогенезу в наднирниках. Рецептори МК1 експресуються у меланоцитах шкіри, епітеліальних клітинах, моноцитах, нейтрофілах, лімфоцитах, подоцитах нирок, сірій речовині навколо водопровідної ділянки головного мозку, ендотелії дрібних судин, астроцитах і клітинах Шванна. Рецептори МК2 містяться в наднирниках і дотичні до стероїдогенних ефектів АКТГ, крім того, вони локалізуються в остеобластах і шкірі. Рецептори МК3 і МК4 ідентифіковані у ЦНС — перший з них наявний переважно в гіпоталамусі й лімбічній системі, а другий найбільше експресується в корі великих півкуль, таламусі, гіпоталамусі, стовбурі головного і спинному мозку, а також в астроцитах. Рецептори МК5 дуже поширені в людському організмі, їх найбільше в екзокринних залозах і лімфоцитах.

Таким чином, дослідження МК пептидів та їх рецепторів спростовують тривале уявлення, що позитивні впливи АКТГ залежать лише від їх здатності стимулювати вивільнення ендогенних кортикостероїдів. Очевидно, що МК система впливає на багато регуляторних функцій в організмі, зокрема меланогенез, утворення глюкокортикоїдів, контроль поглинання їжі й енергетичних витрат, статеву активність, поведінку, увагу, пам'ять, навчання, а в контексті РС має стосунок до нейропротекції, імуномодуляції і протизапальних ефектів.

Ці нові дані нині можуть пояснити посилений інтерес до такого “старого” агента, як АКТГ. Очевидно, що в 1970-х роках його вивчали недостатньо. Крім того, поява ефективних і відносно недорогих кортикостероїдних препаратів відвернула увагу медичних професіоналів від цього середника. Нові дослідження мали би зосередитися на потенційній ролі агоністів МК системи (зокрема, і кортикотропіну) в лікуванні РС.

Хоча дані клінічних досліджень не засвідчили чіткої різниці в ефективності між АКТГ і кортикостероїдами у лікуванні загострень при згаданій хворобі, в літературі трапляються ситуативні повідомлення про пацієнтів, котрі не відреагували на глюкокортикоїди, проте відчували полегшення від кортикотропіну. Це ж стосується і переносимості препаратів. Проте необхідно мати більше даних перед розробкою рекомендацій на користь використання АКТГ на противагу МПВВ чи пероральним стероїдам, беручи до уваги високу ціну АКТГ.

Важливе запитання, на котре поки що немає відповіді, стосується потенційної різниці у профілі безпеки кортикотропіну порівняно з кортикостероїдами. Наприклад, ризик зниження щільності кісткової тканини важливий в контексті застосування глюкокортикоїдів у високих дозах або тривалими курсами; таке лікування призводить до зниження виділення естрогенів, тестостерону і ниркових андрогенів, поглинання кальцію в шлунково-кишковому тракті та зростання його екскреції й посилення виділення паратгормону, що, в свою чергу, призводить до надмірної активності остеобластів. Також терапія кортикостероїдами індукує остеонекроз, ймовірно, через посилений апоптоз остеобластів. Потенційні ж нейропротекторні впливи АКТГ були засвідчені в експериментальних дослідженнях Zaidi et al. Якщо ж їх вдасться підтвердити у клінічних дослідженнях з якісним дизайном, то це стане підґрунтям для цілком нових підходів при лікуванні пацієнтів із коморбідним остеопорозом. Існуючі дані на користь кортикотропіну є лише експериментальними. Більше того, АКТГ може бути розумним вибором при поєднанні РС із іншими автоімунними розладами, але ця гіпотеза також вимагає клінічних доказів. Незважаючи на багато преклінічних даних щодо АКТГ і МК системи, слід насамперед відповісти на клінічні запитання. Дослідження імунологічних аспектів застосування кортикотропіну необхідні для визначення механізмів його дії при РС. Крім того, вивчення пульс-терапії цим агентом при рецидивуючо-ремітуючому або вторинно прогресуючому варіанті захворювання може пояснити можливі хворобо-модифікуючі впливи. Вивчення впливу АКТГ на секрецію нейротрансмітерів (зокрема норадреналіну, ацетилхоліну і дофаміну), ймовірно, сприяло б поліпшенню лікування прогресуючих форм РС. Додаткові фундаментальні дослідження необхідні для чіткого визначення впливу кортикотропіну на кістки, це ж стосується і клінічних досліджень ролі АКТГ в осіб, що часто вживають глюкокортикоїди, наприклад, у хворих із частими загостреннями РС.

Твердження, що терапевтична дія кортикотропіну походить лише від його кортикотрофних ефектів, не зовсім правильне. Проте ще у 1980-х роках воно відіграло позитивну роль і привело до визнання застосування високих доз кортикостероїдів у терапії загострень РС. Відтоді основний фокус змістився на використання МПВВ, як найбажаніший підхід у таких пацієнтів.

3. ТЕРАПІЯ ДРУГОГО РЯДУ У ХВОРИХ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ, РЕЗИСТЕНТНИХ ДО КОРТИКОСТЕРОЇДІВ І КОРТИКОТРОПІНУ

Цілком очевидно, що в лікарській практиці нерідко трапляються хворі на РС, котрі не реагують ні на глюкокортикоїди, ні на АКТГ. Вивчалось кілька альтернативних підходів, включаючи плазмаферез, внутрішньовенне вливання імуноглобуліну (IG-BB), циклофосфамід і наталізумаб, і з них лише плазмаферез підтримується найліпшими клінічними доказами. Згідно з останніми рекомендаціями Американської академії неврології, цей метод пропонується як лікування другого ряду у випадку тяжких загострень при рецидивуючо-ремітуючому варіанті РС.

Велике, багатоцентрове, рандомізоване, подвійно сліпе, контрольоване дослідження, проведене Weiner et al., включало 11 сеансів плазмаферезу протягом 8-тижневого періоду при загостренні РС. У ньому 116 осіб було рандомізовано на курс плазмаферезу або в групу імітаційної терапії, крім того, в обох групах застосовували ідентичне лікування — АКТГ внутрішньом'язово і циклофосфамід перорально. Рівень сироваткового IgG знизився на 64–77% в основній когорті пацієнтів на противагу 14–22% в контрольній. Застосування цієї процедури асоціювалося зі зниженням рівня IgA, IgM, комплемент-фактору 3 і фібриногену. Хворі, що отримували плазмаферез, демонстрували помірне клінічне поліпшення через 2 тижні порівняно з тими, котрим призначили тільки імітаційні процедури. Результати дають підстави думати, що застосування цього методу в поєднанні з АКТГ і циклофосфамідом прискорює вихід із загострення при рецидивуючо-ремітуючих формах РС.

У 1999 році результати рандомізованого, подвійно сліпого, контрольованого дослідження плазмаферезу у хворих на РС, котрі не відреагували на МПВВ, опублікували Weinshenker et al. Вони достовірно засвідчили ефективність цієї методики. У цьому дослідженні 12 осіб із РС та іншими гострими запальними демієлінізуючими розладами були рандомізовані на плазмаферез або імітаційні процедури. Їх виконували кожен другий день протягом 2 тижнів. Загалом реалізовано 19 курсів плазмаферезу, що спричинило помірне або виражене клінічне поліпшення у 8 осіб.

У наступному ретроспективному огляді 59 стероїд-резистентних епізодів демієлінізуючих розладів (Keegan et al.), котрим призначили плазмаферез, було виявлено, що чоловіча стать пацієнтів, збереження фізіологічних рефлексів і ранній початок лікування (в інтервалі до 60 днів) асоціюються із клінічним поліпшенням.

Недавно ті ж автори провели кореляцію між патоморфологічними особливостями демієлінізації і чутливістю до плазмаферезу. Особи, котрі відреагували на цю процедуру (10 пацієнтів із 19), мали специфічний патерн, котрий характеризувався наявністю антитіл і комплементу, тоді як нереспондери мали демієлінізацію, асоційовану з Т-клітинами і макрофагами, або дистальну олігодендрогліопатію.

Роль IG-BB при загостренні РС ще має бути окреслена. Хоча й існують поодинокі повідомлення про поліпшення в таких хворих, вони не підтверджені добре розробленими клінічними дослідженнями. Контроверсійним елементом є те, що імуноглобулін зазвичай призначали після МПВВ. Можливо, відтерміновані ефекти останнього перекривалися і маскували позитивну дію IG-BB.

Результати великого, подвійно сліпого, плацебо-контрольованого дослідження Nosworthy et al. дають підстави думати, що відтерміноване застосування IG-BB не впливає на відновлення функцій після зорового невриту. Разом з тим відкрите дослідження Tselis et al. засвідчило, що деякі випадки стероїд-резистентних форм цього захворювання можуть відреагувати на інфузії імуноглобуліну в дозі 0,4 г/кг/добу протягом 5 днів з подальшою інфузією раз на місяць у тій самій добовій дозі. Гострота зору була достовірно ліпшою на фоні IG-BB порівняно з тими, хто

одержував лише МПВВ. Інші дослідження не засвідчили ефекту від імуноглобуліну при одночасному застосуванні із МПВВ чи відразу після стероїдотерапії. Можлива роль IG-BB як терапевтичного вибору при загостренні РС ще чекає нових досліджень.

4. РЕЗЮМЕ І ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Існує загальний консенсус, що якщо легкі загострення РС не потребують невідкладного лікування, то екзацерації помірно тяжкого ступеня інвалідизації слід лікувати з допомогою системних стероїдів або АКТГ.

Разом з тим немає спільної думки щодо того, коли слід ініціювати терапію, щоб досягти найліпшого ефекту. Загалом її необхідно починати якнайшвидше (в інтервалі 1 тижня) від виникнення нових симптомів, хоч і немає прямолінійних доказів на користь такого підходу. Згідно з деякими спостереженнями, терапію екзацерації РС можна успішно починати і через 1–2 місяці після її розвитку.

Аналогічно немає консенсусу щодо мінімальних ефективних доз, тривалості та шляхів введення системних кортикостероїдів у таких пацієнтів. На практиці застосовуються різні режими, котрі ґрунтуються на висновках численних клінічних досліджень цієї хвороби за останні 20 років. Алгоритм ведення хворих із загостренням РС представлено на рисунку 1.

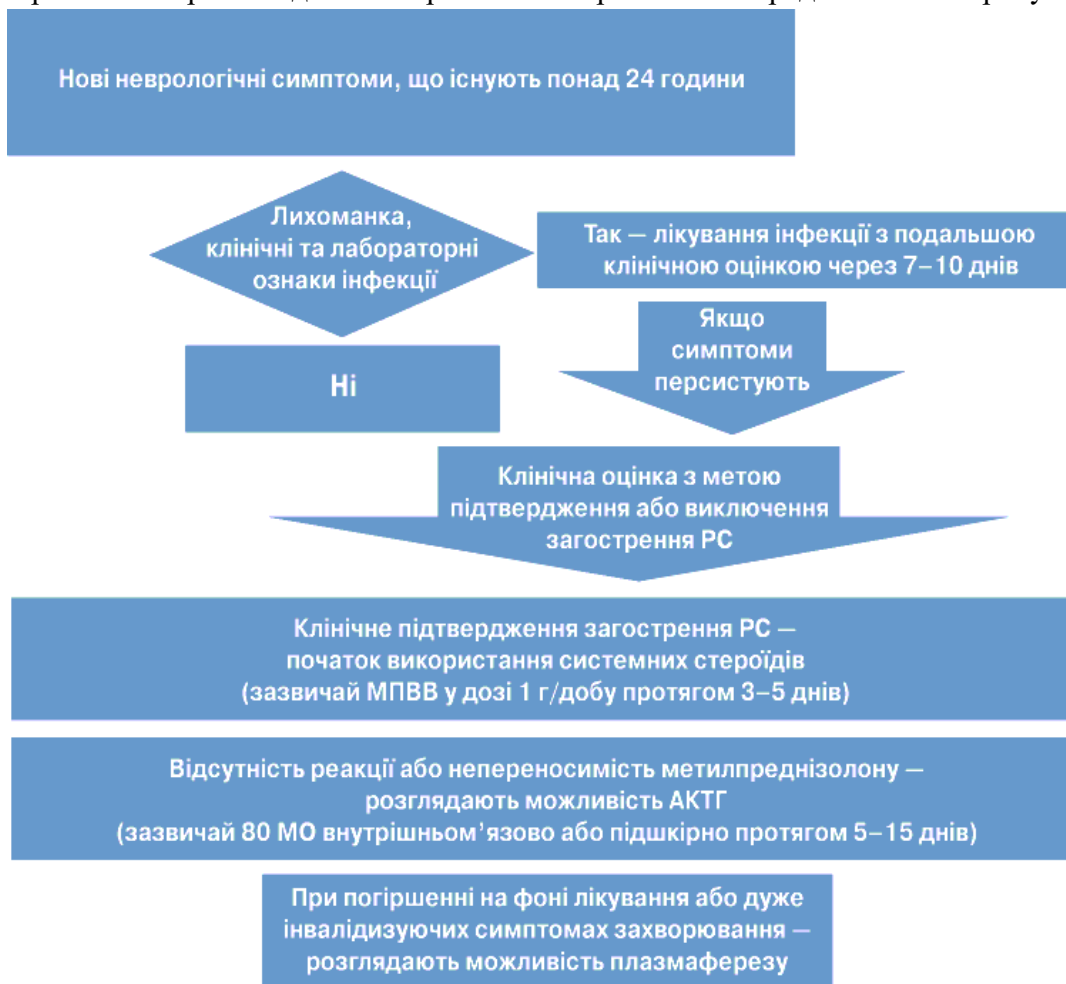


Рис. 1. Узагальнений алгоритм ведення хворих із загостренням РС.

Орієнтовний план лікування демієлінізуючої екзацерації.

1. Клінічна оцінка пацієнта з можливим загостренням РС протягом 1 тижня щодо нових або погіршення старих симптомів.

2. Якщо екзацерація підтверджена, то лікування починають якнайшвидше. Препаратом першого ряду залишається МПВВ у дозі 1 г/добу протягом 3–5 днів. Необхідність перорального прийому преднізолону після внутрішньовенної стероїдотерапії з подальшим зниженням його добової дози розглядається індивідуально, хоча й існують дані, котрі не підтверджують переваги такого підходу. Хоча це й не схвалено FDA, інколи пропонують пероральний прийом високих доз метилпреднізолону замість внутрішньовенних інфузій.

3. Що стосується хворих із загостренням РС, котре не відреагувало на інтенсивну стероїдотерапію, то аналіз клінічного стану конкретного пацієнта (відсутність поліпшення на противагу можливому клінічному погіршенню симптомів після ініціального лікування) слід здійснювати з позицій відмінного клінічного сценарію гострої демієлінізуючої події.

4. Для осіб із РС, котрі не відреагували або не можуть переносити метилпреднізолон, схваленим вибором залишається АКТГ. Слід зазначити, що дія МПВВ або високих пероральних доз цього агента може бути відтермінованою, тому, як правило, між останньою дозою глюкокортикоїдів і початком застосування кортикотропіну чекають 2–3 тижні. АКТГ вводять внутрішньом'язово або підшкірно в дозі 80 МО/добу протягом часового періоду від 5 до 15 днів. Досвід різних клінік свідчить, що більшість пацієнтів із загостренням РС, котрі не відгукнулися або не могли толерувати метилпреднізолон, відзначали клінічне поліпшення і мали менше побічних ефектів при застосуванні кортикотропіну.

5. Для пацієнтів з інвалідизуючими симптомами РС, що не відгукнулися на ініціальне лікування, особливо осіб, котрі відзначили погіршення свого клінічного стану після використання лікування першого ряду, в індивідуальному порядку розглядають можливість плазмаферезу (кожен другий день, у середньому 5–10 сеансів).

ЛІТЕРАТУРА

1. Berkovich R. Treatment of acute relapses in multiple sclerosis. *Neurotherapeutics*. 2013 Jan;10(1):97-105.
2. Burton JM, O'Connor PW, Hohol M, Beyene J. Oral versus intravenous steroids for treatment of relapses in multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12:CD006921.
3. Cohen J, Rudick R. *Multiple Sclerosis Therapeutics*. — Cambridge University Press, 2011. — 770 p.
4. Klingel R, Heibges A, Fassbender C. Plasma exchange and immunoadsorption for autoimmune neurologic diseases — current guidelines and future perspectives. *Atheroscler Suppl*. 2009 Dec 29;10(5):129-32.
5. Krieger S, Sorrells SF, Nickerson M, Pace TW. Mechanistic insights into corticosteroids in multiple sclerosis: war horse or chameleon? *Clin Neurol Neurosurg*. 2014 Apr;119:6-16.
6. Ontaneda D, Rae-Grant AD. Management of acute exacerbations in multiple sclerosis. *Ann Indian Acad Neurol*. 2009 Oct;12(4):264-72.
7. Rae-Grant A, Fox R, Bethoux F. *Multiple Sclerosis and Related Disorders: Diagnosis, Medical Management, and Rehabilitation*. — Demos Medical, 2013. — 344 p.
8. Rodriguez M, Kantarci O, Pirko I. *Multiple Sclerosis*. — Oxford University Press, 2013. — 216 p.
9. Steinman L. Immunology of relapse and remission in multiple sclerosis. *Annu Rev Immunol*. 2014;32:257-81.
10. Trojano M, Paolicelli D, Tortorella C, Iaffaldano P, Lucchese G, Di Renzo V, D'Onghia M. Natural history of multiple sclerosis: have available therapies impacted long-term prognosis? *Neurol Clin*. 2011 May;29(2):309-21.
11. Wang KC, Wang SJ, Lee CL, Chen SY, Tsai CP. The rescue effect of plasma exchange for neuromyelitis optica. *J Clin Neurosci*. 2011 Jan;18(1):43-6.
12. Wingerchuk DM. Neuromyelitis optica: potential roles for intravenous immunoglobulin. *J Clin Immunol*. 2013 Jan;33 Suppl 1:S33-7.

ХРОНІКА

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

ДЕЯКІ ВИЗНАЧНІ І ПАМ'ЯТНІ ДАТИ ЧЕРВНЯ

1

○ **Міжнародний день захисту дітей**

Міжнародний день захисту дітей в Україні та світі святкують 1 червня. Це свято встановлене Указом Президента України від 1998 року за ініціативи Міністерства України в справах сім'ї, молоді та спорту.

○ **Козацьке військо Б. Хмельницького розпочало битву з поляками під Батогом (1652)**

1 червня 1652 р. під Батогом розпочалася дводенна битва між козацько-турецьким військом під проводом гетьмана Богдана Хмельницького і армією Речі Посполитої на чолі з Мартином Калиновським.

○ **Україна позбулася останньої ядерної зброї (1996)**

1 червня 1996 р. з України до Росії були перевезені останні ядерні ракети, в результаті чого країна остаточно отримала статус без'ядерної держави.

○ **День Сімферополя**

Сімферополь – великий курортний, промисловий та культурний центр на півдні України. Це адміністративний центр Автономної Республіки Крим. Відносно молодий Сімферополь був заснований у 1784 р.

2

○ **День працівників водного господарства**

Без води неможливо налагодити життя ні в одній державі світу. А Україна, як відомо, є великою країною, що має в своєму потенціалі великі водні ресурси, включаючи морські та річкові води.

○ **1918 р.** владу гетьмана Павла Скоропадського, який здобув її 29 квітня в результаті військового перевороту і усунення від повноважень Центральної Ради на чолі з М. Грушевським, офіційно визнали Австро-Угорщина та Німеччина.

○ **2010 р.** депутати Національної асамблеї Квебеку одноголосно прийняли законопроект про визнання Голодомору 1932-1933 рр. геноцидом українського народу та проголосили День пам'яті жертв Голодомору

3

○ **1638 р.** під Жовнами між повсталими нерестровими козаками та військом Речі Посполитої розпочався вирішальний бій у ході повстання Якова Острянина.

○ **1869 р.** на Курсько-Харківсько-Азовській залізниці (нині Південна залізниця) відкрито регулярний рух. Будівництво нової залізничної магістралі розпочалося навесні 1868 р.

○ народився **Іван Вишенський** (1550-1621) в м. Судова Вишня на Галичині.

4

○ **1874 р.** у Львові відбулися перші загальні збори першого зародка української національної академії наук – Товариства ім. Т.Г. Шевченка.

○ **1916 р.** під час Першої Світової війни розпочалася значна наступальна операція Південно-Західного фронту російської армії проти австро-угорських і німецьких військ (Брусилівський прорив)

5

○ **Всесвітній день охорони навколишнього середовища.** У 1972 році, на Стокгольмській конференції, що була присвячена проблемам навколишнього середовища, двадцять сьомою сесією Генеральної Асамблеї ООН біло проголошене нове свято.

- **1910 р.** вперше в Росії у небо піднявся літак вітчизняної конструкції – «Кудашев-1» - модель, сконструйована професором Київського політехнічного інституту князем Олександром Кудашевим.
- **1919 р.** Українська галицька армія розпочала найславетнішу військову операцію на Західній Україні періоду визвольних змагань 1917-1921 рр. – Червневу наступальну операцію.

6

- **День журналістики**
Щороку 6 червня українці святкують День журналістики – це професійне свято для усіх журналістів, кореспондентів та репортерів. Цей день став офіційним святом у 1994 р.
- **1990 р.** на Всеукраїнському соборі Української автокефальної православної церкви Патріархом Київським і всієї Русі-України відродженої церкви обрано митрополита Філадельфійського Мстислава.
- 1992 р. у Києві відбулося урочисте відкриття відродженого Університету «Києво-Могилянська академія». Києво-Могилянська академія – один з найстаріших учбових закладів в Україні.
- народився **М. О. Щорс** (1895-1919) в Чернігівській губернії в багатодітній родині.

7

- **1991 р.** у Запоріжжі відкрився Всеукраїнський фестиваль народного мистецтва «Хортиця», присвячений 500-річчю козацтва
- 1991 р. Верховна Рада України під головуванням майбутнього першого Президента незалежної України Леоніда Кравчука ухвалила постанову про перепідпорядкування колишніх союзних підприємств на території України.

8

- **День працівників легкої промисловості**
Кожного року, в другу неділю червня, в Україні святкують День працівників легкої промисловості. Свято було встановлене Указом Президента України від 9 червня 1994 р.
- **День Святої Трійці**
Зеленими святками називають це свято віруючі. Воно символізує єднання всіх християн з Богом, втіленим у трьох іпостасях: Бога-отця, Бога-сина, Бога-Святого Духа.
- **1668 р.** під час антимосковського повстання на Лівобережжі був підступно вбитий чинний гетьман Іван Брюховецький, тому на військовій раді було вирішено новим гетьманом всієї України обрати Петра Дорошенка.
- **1947 р.** в експлуатацію був зданий останній відновлений після війни Запорізький шлюз, завдяки чому було поновлено і наскрізне судноплавство по Дніпру.
- **День Енергодара** Енергодар - наймолодше місто, розташоване на території України. Це центр державного значення у Запорізькій області, енергетична столиця України.

9

- **Міжнародний день друзів**
- **1847 р.** російський цар Микола I підписав вирок, яким Тарас Шевченко був відданий у солдати до Оренбурзького Окремого корпусу.
- **1919 р.** Українська національна рада призначила Євгена Петрушевича диктатором Західноукраїнської області об'єднаної держави УНР-ЗУНР у зв'язку з критичним становищем держави.

10

- **1917 р.** Центральна Рада прийняла свій перший державно-правовий акт – Перший Універсал, яким проголошувалася державна автономія України у складі Росії.
- **1934 р.** спеціальною постановою при НКВС Української РСР створено Головне управління виправно-трудова таборів і трудових поселень.

11

- **1888 р.** у Києві урочисто відкрили пам'ятник Богданові Хмельницькому, який сьогодні є пам'яткою мистецтва XIX ст. і одним з головних символів української столиці.
- **1990 р.** більшістю голосів Верховна Рада України ухвалила рішення про приєднання країни до східноєвропейської часової зони - UTC+2.
- народився **О.П. Архипенко (1887-1964)** в Києві в інтелігентній родині. Батько був інженером-винахідником, а дід - художником-іконописцем.

12

- **День працівників фондового ринку**
Це свято було засновано в 2008 році, щоб відзначити значимість співробітників фондового ринку, робота яких впливає на економічні реформи та інвестиційний клімат у державі.
- **1918 р.** українські більшовики Д. Мануїльський і Х. Раковський підписали умови прелімінарного миру з Українською Державою, очолюваною гетьманом Скоропадським.
- **1943 р.** з території Білорусі розпочався Карпатський рейд партизанських загонів Сидора Ковпака, метою якого, насамперед, було знищення нафтопромислів у районі Борислава та Дрогобича .
- народилася **Є. С. Мірошниченко (1931-2009)** в Харківській області. З дитинства дуже любила співати. У своїх мріях бачила себе великою артисткою. Навчалася у хорі для обдарованих дітей.

13

- **1920 р.** під тиском Першої кінної армії червоноармійців під командуванням Семена Будьонного армія УНР була змушена залишити укріплені позиції на Лівобережжі та відступити за річку Збруч.
- **1988 р.** у Львові вперше в Україні, яка на той час ще перебувала у складі Радянського Союзу, відбулися багатотисячні акції протесту.

14

- **Всесвітній день донора крові**
- **Битва під Борушківцями на Житомирщині закінчилася перемогою росіян (1792)**
14 червня 1792 р. під Борушківцями (нині Житомирська область) відбулася одна з головних битв у ході польсько-російської війни (так званої «Війни на захист Конституції»).
- **Л. Кучма підписав Угоду про партнерство та співробітництво між ЄС та Україною (1994)**
- **День Севастополя** Севастополь, місто-герой, розташований на чорноморському узбережжі Кримського півострова. Місто державного значення України.

15

- **День медичного працівника.** Цей день став традиційним святом після видання Указу Президента України від 1994 р.
- **1775 р.** російські війська під командуванням генерала П. Текілія за наказом Катерини II оточили і знищили Запорозьку Січ.
- **1934 р.** львівський друкар, член ОУН Григорій Мацейко у Варшаві смертельно поранив міністра внутрішніх справ Польщі Броніслава Перацького.
- народився **Іван Миколайчук (1941-1987).**

16

- **День батька.** Батьки - найдорожчі на землі люди для кожного з нас. Завдяки їм ми з'являємося на цей світ, отримуємо путівку в життя і весь час потребуємо підтримки.
- **1925 р.** у Гурзуфі у Криму біля підніжжя гори Аю-Даг на Чорноморському узбережжі свою першу зміну відкрив дитячий табір-санаторій «Артек».
- **1934 р.** у Харкові відкрився Перший з'їзд письменників України, на якому було вирішено заснувати у країні власну Спілку радянських письменників.

17

- **Всесвітній день боротьби з запустелюванням та засухами.**
- **1990 р.** у Києві завершив роботу Всесоюзний з'їзд «Союзу Чорнобиль», у роботі якого взяли участь 572 делегати з 12 республік СРСР.

18

- **2004 р.** Міністром внутрішніх справ був затверджений наказ про офіційне свято - День дільничного інспектора міліції.
- **1651 р.** розпочався найбільший бій Хмельниччини між Військом Запорозьким на чолі з Богданом Хмельницьким та союзним йому кримськотатарським військом Іслама III Гірея з одного боку та армією Речі Посполитої.
- **1917 р.** у Києві відкрився II Всеукраїнський військовий з'їзд, який під головуванням Володимира Винниченка тривав протягом 6 днів і на якому було проголошено Перший Універсал Центральної Ради
- **1681 р.** в сім'ї купців, в Києві народився Феофан Прокопович, український теолог, письменник, поет, ректор Києво – Могилянської академії.

19

- **1787 р.,** перебуваючи в Полтаві, імператриця Катерина II присвоїла князю Потьомкіну титул князя Таврійського. Це звання він заслужив від імператриці, таємно повінчаним з якою він був.
- **1925 р.** у Києві відкрилася перша в світі виставка з проблем вивчення світового простору

20

- **Всесвітній день біженців**
- **1919 р.** вступив у силу договір про перемир'я між Українською Народною Республікою на чолі з Директорією та Польщею, згідно якого нова демаркаційна лінія між двома країнами встановлювалася за так званою «лінією Дельвіга».
- **1942 р.** Український штаб партизанського руху при Військовій раді перейменовано на Український республіканський штаб партизанського руху.

21

- **День усіх святих землі Української**
- **1971 р.** на кургані Товста Могила на Дніпропетровщині археологи знайшли скіфську пектораль
- **1961 р.** Президія Верховної Ради СРСР ухвалила укази про заснування медалі «За оборону Києва» і нагородження Києва орденом Леніна з нагоди 20-річчя героїчної оборони столиці України.

22

- **День скорботи та вшанування пам'яті жертв війни в Україні.**
- **1915 р.** австро-угорські війська визволили окупований Львів від російської армії, а самі городяни створили Комітет українців міста
- **1941 р.** Німеччина оголосила Радянському Союзу війну і розпочала наступ на його території. Україні судилося першій пізнати всі жахи гітлерівської навали.

23

- **День державної служби України.** Це професійне свято було засновано в 2003 році Указом Президента №291/200
- **1934 р.** У Станіславі (сьогодні — Івано-Франківськ) розпочав свою роботу Конгрес українського жіноцтва
- **2001 р.** розпочався візит Папи Римського Іоана Павла II до України, який тривав до 27 червня.

24

- **1886 р.** в Одесі відкрили другу в світі після Паризької станції бактеріологічну лабораторію.
- **1934 р.** всі вищі державні й партійні установи Української РСР - ЦК КП(б)У, РНК УРСР та ВУЦВК – переїхали з Харкова до Києва, зробивши тим самим останній новою столицею України.

25

- Після прийняття Верховною Радою України Закону про митну справу у 1991 році, було встановлене щорічне свято – **День митної служби України**.
- **1941 р.** на основі Московського військового округу був створений Південний фронт, командувати яким був назначений І. Тюленев.
- **1992 р.** у Стамбулі було створено Чорноморську економічну співдружність (ЧЕС), до якої увійшло 11 країн, серед яких, зокрема, була і Україна.

26

- **Міжнародний день боротьби зі зловживанням наркотиками та їх незаконним розповсюдженням**
- **1919** у Києві розпочався I Всеукраїнський з'їзд комуністичних організацій робітничої молоді, на якому було створено Комсомол України.
- **1940 р.** уряд Радянського Союзу передав керівництву Румунії ноту з ультимативною вимогою про повернення Бессарабії і частини Північної Буковини.
- **Міжнародний день на підтримку жертв торгів**

27

- **1922 р.** у Харкові Центральний бібліографічний відділ при Всеукраїнському Державному Видавництві, який досі існував у Києві, з переїздом столиці до Харкова перейменовують на Книжкову палату.

28

- **День Конституції** .У 1996 р. на черговому засіданні Верховної Ради був ухвалений найголовніший закон країни – перша Конституція.
- **1917 р.** на засіданні Малої Ради було сформовано перший український уряд - Генеральний Секретаріат.

29

- **День молоді.** День молоді в Україні святкують щорічно в останню неділю червня. Свято було встановлене на підтримку ініціативи молодіжних організацій та об'єднань Указом Президента України від 1994 року.
- **1174 р** — саме під цією датою в Іпатіївському літописі (складовій частині літописного зведення «Повість врем'яних літ») під назвою Лтава вперше згадана Полтава.
- **1945 р.** між Чехо - Словаччиною і СРСР укладено угоду про вихід Закарпаття із складу Чехо - Словаччини і приєднання його до України.

30

- **1941 р.** у будинку «Просвіти» у окупованому німцями Львові було проголошено Акт відновлення Української Держави.
- **1991 р.** в Криму створено **Національний меджліс**

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

ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:

40 річчям

**Цитовського Максима Наумовича
Жицьку Наталію Віталіївну
Кузик Юлію Іванівну
Синенького Омеляна Володимировича
Іванців-Грігу Ірину Степанівну**

45 річчям

**Закотянського Олега Петровича
Матвійчук Ольгу Ярославівну
Криницького Романа Павловича**

50 річчям

**Малярську Наталію Василівну
Гдирю Оксану Валентинівну**

55 річчям

**Королук Лілію Євгенівну
Кушнірчука Миколу Івановича**

60 річчям

**Семенціва Григорія Миколайовича
Горобчука Степана Івановича**

65 річчям

**Стрельбицького Любомира Володимировича
Корнієнка Григорія Ілліча**

Бажаємо міцного здоров'я

Хроніка травня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

1 червня – 55 років від дня народження **Юрія Йосиповича Гаврилюка**, генетика. Народився у Львові. У 1983 р. закінчив педіатричний факультет Львівського медичного інституту. У 1983-1986 рр. – аспірант Інституту медичної генетики АМН СРСР. У 1986 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Медико-генетическое консультирование при мутагенных воздействиях”. У 1987 р. – молодший науковий співробітник відділення медичної генетики; у 1987-1989 рр. – старший науковий співробітник відділення медичної генетики; у 1989-2000 рр. – завідувач відділення епідеміології вродженої і спадкової патології; водночас заступник директора з наукової роботи Львівського НДІ педіатрії, акушерства та спадкової патології. У 1996 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Генетичний моніторинг населення України”. У 1997-2000 рр. – професор курсу генетики кафедри медичної біології, паразитології та генетики Львівського медичного університету. Наукові дослідження присвячені вивченню впливу мутагенних факторів на виникнення спадкових дефектів у дітей в деяких регіонах України, методології генетичного моніторингу населення України. Був автором близько 100 наукових та науково-методичних робіт. У 1996-2000 рр. очолював УЛГ у Львові. Помер 24 березня 2000 р. на 40 році життя.

2 червня – 95 років від дня народження **Валентини Сергіївни Рогачевої**, хірурга. У 1941 р. закінчила Томський медичний інститут за скороченою програмою за спеціалізацією військово-польової хірургії. У 1942 р. добровольцем вступила в лави Червоної Армії, працювала лікарем-хірургом медсанбату Калінінського та 2-го Прибалтійського фронтів. Нагороджена орденами і медалями СРСР. У 1945 р. – лікар-ординатор госпітальної хірургічної клініки Томського медичного інституту, де під керівництвом академіка АМН СРСР, професора О.Г. Савіних займалася хірургічним лікуванням захворювань стравоходу і шлунку. Розробила нові методи реконструктивно відновних операцій на стравоході при доброякісних пухлинах з утворенням штучного стравоходу (1954). Обґрунтувала необхідність трансмедіастінального та трансторакального методів резекції стравоходу при раку одномоментною або відтермінованою езофагопластиком. У 1963 р. захистила докторську дисертацію на тему: “Хирургическое лечение больных раком пищевода”. У 1966-1970 рр. завідувала кафедрою госпітальної хірургії Томського медінституту; від 1970 р. – завідувач кафедри хірургії Київського медінституту. Автор понад 110 наукових праць. Підготувала 7 кандидатів та 1 доктора наук. Померла 17 липня 2009 р. на 90 році життя.

6 червня – 130 років від дня народження **Євгена Володимировича Вульфа**, вченого-ботаніка, біогеографа, флориста. Народився в м. Сімферополі. У 1909 р. закінчив Віденський університет, спеціалізувався із ботанічної географії у Р. Ветштейна (1863-1931). У 1914-1926 рр. завідував відділом ботаніки у Нікітському ботанічному саду; а в 1926-1935 рр. очолював секцію ефіроолійних рослин “ВИРУ” в Ленінграді. Від 1934 р. – професор і завідувач кафедри ботаніки Московського педагогічного інституту ім. М.М. Покровського. Основні наукові роботи присвячені ботанічній географії, систематиці флори і рослинності Криму, вивченню рослинних ресурсів, історії науки.

Є.В. Вульф був ініціатором і автором фундаментальної праці “Флора Крыма” (т.1-2, 1927-1969). Він був автором оглядів із ефіроолійних, дубильних, лікарських рослин. Цікавими є роботи в галузі географії рослин земної кулі. Був одним із авторів багатотомної праці “Культурная флора СССР” (1935). Помер 21 грудня 1941 р. на 57 році життя.

6 червня – 115 років від дня народження **Бориса Миколайовича Котляренка**, інфекціоніста. У 1925 р. закінчив медичний факультет Ленінградського інституту медичних знань. У 1925-1931 рр. працював ординатором інфекційної лікарні в м. Ленінграді; у 1932-

1933 рр. – головний лікар китобійної флотилії “Слава”; у 1933-1936 рр. – ординатор інфекційної лікарні в м. Ленінграді; У 1936-1938 рр. – начальник медичної служби військового госпіталю м. Луга Ленінградської області. У 1938-1941 рр. – асистент кафедри інфекційних хвороб Ленінградського інституту удосконалення лікарів; у 1941-1946 рр. – епідеміолог діючої армії; у 1946-1947 рр. – головний інфекціоніст Ленінградського облздоровідділу; у 1947-1950 рр. – головний лікар протитуберкульозної станції Ленінградської області; у 1950-1951 рр. – доцент кафедри інфекційних хвороб Львівського медичного інституту; у 1951-1969 рр. – завідувач кафедри інфекційних хвороб ЛМУ, головний лікар інфекційної клініки Львівського медичного інституту. У 1943 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “К генезу кожных реакций”. У 1951 р. отримав вчене звання доцента. Наукові дослідження пов’язані із впровадженням низки діагностичних і лікувальних методів проти дизентерії, кашлюку, дифтерії, ящура, туляремії, правця, менінгітів, енцефалітів, черевного та висипного тифу. Автор близько 80 наукових і навчально-методичних праць. Підготував 23 кандидатів і 3 докторів наук. Створив школу інфекціоністів. Помер 22 грудня 1961 р. на 70 році життя.

6 червня – 95 років від дня народження **Ахіля Хребтовського**, лікаря загальної практики. Народився в Чехословаччині в місцевості Немецке Яблонне. Середню освіту отримав в Сяноці. Медичні заняття розпочав у Віденському університеті. У 1949 р. емігрував у США і оселився в Чикаго. Нострифікував диплом і відкрив приватну практику в Норіджі (штат Іллінойс). Користувався авторитетом у колег і був обраний шефом медичного штату (1983-1985) і членом Ради директорів у Вейстлейк-госпіталі (1983-1987). У 1951 р. став співзасновником Українського лікарського товариства в Чикаго, що згодом стало Іллінойським відділом УЛТПА. У 1975-1977 рр. очолював Головну управу УЛТПА в Чикаго. Був ініціатором і співзасновником Світової федерації українських лікарських товариств (СФУЛТ). У 1982-1992 рр. – Президент СФУЛТ. Організатор конгресів СФУЛТ у Мюнхені (1984), Відні (1988), Києві та Львові (1990), Харкові (1992). Великий любитель, колекціонер та меценат українського образотворчого мистецтва. Засновник і фундатор Українського інституту модерного мистецтва в Чикаго (1973). У 1994 р. обраний Doctor Honoris Causa Львівського медичного університету. Відзначений почесними грамотами УЛТПА. Помер 9 травня 1997 р., проживши майже 77 років.

6 червня – 70 років від дня народження **Андрія-Омеяна Левицького**, офтальмолога. Народився в м. Оберальдорф (Німеччина) в лікарській родині Левицьких. Початкову і середню освіту отримав в Клівленді (штат Огайо), передмедичні навчання – в Оберлінському коледжі та Нортвестернському університеті (Чикаго), здобувши ступінь бакалавра у 1966 р. Диплом лікаря із спеціалізації “офтальмологічна хірургія” отримав у 1970 р. в Нортвестернському університеті. Спеціалізація з очної хірургії – в С. Лукас Презбитеріон лікарні. Очолив Інститут офтальмології в Чикаго, за сумісництвом – викладач очної хірургії в Раш медичній школі. Автор багатьох публікацій з офтальмологічної хірургії та запатентованого винаходу “Chamber Maintainer Sistem – 1982” для операцій катаракти, який використовується в багатьох клініках світу, в т.ч. в знаменитій клініці проф. Святослава Федорова. Є членом УЛТПА, низки медичних товариств США, харитативної організації “Проект Орбіс”. Від 1991 р. очолював Головну управу УЛТПА в Чикаго. Часто подорожує і допомагає пацієнтам багатьох країн світу.

10 червня – 105 років від дня народження **Івана Михайловича Руднева**, педіатра. У 1931 р. закінчив медичний факультет Дніпропетровського медичного інституту. У 1931-1934 рр. – клінічний ординатор кафедри педіатрії Дніпропетровського медичного інституту; в 1935-1938 рр. – аспірант кафедри, у 1938-1941 рр. – асистент кафедри педіатрії. У 1941 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Стрептоцидотерапия гнойных плевритов у детей”. За сумісництвом працював у Дніпропетровському НДІ ОХМАТДИТ (1934-1938) науковим співпрацівником. У 1941-1943 рр. – лікар міської лікарні м. Дніпропетровська. У 1944-1949 рр. – головний лікар ЦРЛ м. Краковець Львівської області. У 1949-1951 рр. – науковий співпрацівник Львівського НДІ гематології і переливання крові; у 1951-1956 рр. – завідувач відділу, заступник директора з наукової роботи Львівського НДІ ОХМАТДИТу; у 1956-1963 рр. – завідувач кафедри пропедевтичної і факультетської педіатрії Львівського медичного

інституту. У 1962 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Функциональное состояние сосудов при ревматизме у детей”. У 1961-1963 рр. – декан педіатричного факультету ЛМІ. У 1963-1965 рр. – завідувач кафедри факультетської педіатрії. У 1965-1970 рр. – завідувач кафедри госпітальної педіатрії Київського медичного інституту, за сумісництвом головний педіатр МОЗ УРСР (1962-1966). У 1964 р. отримав вчене звання професора.

Вчений був автором близько 80 наукових праць, в т. ч. 3 монографій і підручника. Підготував 54 кандидатів та 19 докторів наук. Був ініціатором, укладачем, першим редактором підручника “Дитячі хвороби” але не встиг завершити цю роботу. Це зробили його учні. Помер 9 липня 1970 р. на 61 році життя. У 1979 р. посмертно удостоєний Державної премії УРСР за підручник, який був виданий у 1973 р.

12 червня – 80 років від дня народження **Василя Олексійовича Кобилюха**, терапевта, філолога-санскритиста. Народився в с. Журавники Львівської області. У 1949 р. після закінчення семирічки вступив у Львівську фельдшерсько-акушерську школу і від 1953 р. почав працювати фельдшером в Підкамінському районі, а згодом став завідувачем ФАПУ у с. Тарасівка Новояворівського району Львівської обл. У 1958 р. вступив на філологічний відділ Львівського державного університету імені Івана Франка. У 1960 р. перевівся на заочне навчання. У цьому ж році вступив на вечірній відділ Львівського медичного інституту. У 1965 р. В. Кобилюха виключили з університету за зв'язки з українськими дисидентами. У 1967 р. він отримав диплом лікаря і почав працювати терапевтом Городоцької районної лікарні, а згодом дільничним терапевтом лікарні №1 м. Львова; від 1974 р. – в 2 міській поліклініці м. Львова. Лише у 1996 р., через 27 років перерви зміг завершити навчання у ЛДУ і отримав диплом філолога. Професійно займається вивченням санскриту. Автор багатьох публікацій на медичну тематику, проукраїнську історію, санскрит.

18 червня – 100 років від дня народження **Раїси Іванівни Малихіної**, акушер-гінеколога. У 1940 р. закінчила Харківський медичний інститут. Учениця І.І. Грищенка. У 1959 р. захистила докторську дисертацію У 1960 р. отримала вчене звання професора. Керувала у 1959-1961 рр. кафедрою акушерства і гінекології Українського інституту удосконалення лікарів. У 1962 р. була обрана на посаду завідувача кафедри акушерства і гінекології №2 Київського медичного інституту, якою керувала упродовж 20 років. Наукові дослідження присвячені вивченню обмінних процесів при фізіологічній та патологічній вагітності, в пологах, при народжуванні дитини, перебігу вагітності та пологів у хворих на туберкульоз легень, діагностиці та лікуванню туберкульозу геніталій. Удосконаливала методику низки пластичних операцій в урогінекології. Р.І. Малихіна – автор понад 70 наукових робіт. Під її керівництвом виконано 17 кандидатських та 2 докторські роботи. Вона була головою Київського наукового товариства акушер-гінекологів, головою методичної комісії при Вченій Раді МОЗ УРСР, членом методичної комісії Міністерства освіти СРСР, членом секції Комітету присудження Державних премій при Раді Міністрів УРСР, членом редакційних Рад низки журналів. Нагороджена медалями, почесними знаками СРСР.

19 червня – 65 років від дня народження **Бориса Володимировича Михайлова**, психотерапевта. У 1974 р. з відзнакою закінчив Курський державний медичний інститут. У 1974-1994 рр. працював в Українському НДІ Клінічної і експериментальної неврології і психіатрії ім. В.П. Протопопова (Харків). У 1982 р. захистив кандидатську дисертацію. У 1994 р. захистив докторську дисертацію. У 1995-2000 рр. був проректором з наукової роботи Харківського інституту удосконалення лікарів. Понад 10 років Б.В. Михайлов працював позаштатним спеціалістом МОЗ України із спеціальності “Психотерапія” та “Медична психологія”, вніс суттєвий внесок в організацію психотерапевтичної мережі України, видання галузевих наказів введення нової спеціальності – медична психологія. Він є автором понад 500 наукових робіт у вітчизняних та зарубіжних виданнях із різних проблем психіатрії, психотерапії, медичної психології, наркології, в т.ч. 15 монографій та навчальних посібників. Б.В. Михайлов має великий досвід міжнародних зв'язків. У 1986-1988 рр. працював головним лікарем радянських лікувально-профілактичних установ у Лівії. У 1989-1991 рр. стажувався із

проблем алкогольної і хімічної залежності у США. Був учасником I і II Всесвітніх конгресів із психотерапії у Відні, XII Всесвітнього конгресу в Гамбурзі, XVII Європейського конгресу із психотерапії в Мюнхені, членом урядової делегації України в Гельсінкі. Б.В. Михайлов брав безпосередню участь в організації I, II, III Національних Конгресів неврологів, психіатрів, і наркологів України. Він є членом редколегій 8 фахових медичних видань. Великий внесок Бориса Володимировича у підготовку науково-педагогічних кадрів: 4 доктора та 24 кандидати наук. Під його безпосереднім керівництвом за останні 15 років покращили свою кваліфікацію понад 3500 лікарів.

Вчений є президентом Національної ліги психотерапії, психосоматики і медичної психології України, віце-президентом Асоціації психотерапевтів і психологів України, академіком АН ВО.

29 червня – 80 років від дня народження **Леоніда Олександровича Повідайла**, лікаря судової медицини. Народився в м. Новоград-Волинський Житомирської області. У 1959 р. закінчив санітарно-гігієнічний факультет Львівського медичного інституту. У 1959-1964 рр. – завідувач санітарно-епідеміологічним відділом Рожнятівської райлікарні Івано-Франківської області. У 1964-1975 рр. – завідувач лабораторії тромбoplastину Львівського НДІ гематології і переливання крові. У 1971 рр. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Консервирование костных тканей экстрагированием с импрегнацией ионами марганца, их применение в эксперименте и клинике”. У 1975-1980 рр. – науковий співробітник ЦНДЛ ЛДМІ; у 1980-1988 рр. – асистент курсу судової медицини; від 1988 р. – завідувач курсу судової медицини. У 2002 р. отримав вчене звання доцента. Наукові дослідження пов'язані з проблемами консервування та клінічного використання кісткової та хрящової тканини шкіри, фібринолізної крові, виявленням ролі коагуляційної системи в патогенезі пошкоджень паренхіматозних органів при шоці; ролі геліомагнітних факторів у генезі раптової смерті, проблемою анафілактичного шоку, зокрема, внаслідок побічної дії лікарських чинників.

30 червня – 95 років від дня народження **Лідії Решетник-Куриляк**, анестезіолога. Народилася в с. Хиженці Київської області. У 1938 р. закінчила СШ м.Медвані і вступила до Дніпропетровського медичного інституту. У 1941 р. продовжувала навчання і працювала на кафедрі анатомії, згодом емігрувала до Австрії. Продовжила навчання в університеті Граца і отримала диплом в 1950 р. Працювала в Зальцбурзі на посаді лікаря, в ІРО займалася переселенням політичних біженців з австрійських таборів до всіх країн світу. У 1952 р. емігрувала в США. В Чикаго пройшла інтершип, здобула спеціалізацію анестезіолога і в 1955 р. нострифікувала австрійський диплом доктора медицини. Упродовж 30 років працювала анестезіологом в Чикаго. Виконувала велику громадську роботу в управі СФУЛТУ, церковно-громадських і політичних організаціях для допомоги відродження України.

30 червня – 80 років від дня народження **Людмили Миколаївни Максимець-Квасницької**. Народилася в с. Датинь (Волинь). У 1958 р. закінчила педіатричний факультет Львівського державного медичного інституту. У 1958-1962 р. працювала педіатром сільської дільничної лікарні в Радехівському районі Львівської області. У 1962-1965 рр. – аспірант кафедри інфекційних хвороб Київського інституту удосконалення лікарів. У 1966 р. захистила кандидатську дисертацію на тему: “Клініко-лабораторні особливості перебігу вірусного гепатиту (хвороби Боткіна) у дорослих різного віку”. У 1968-1990 рр. – на викладацькій роботі кафедри цивільної оборони та підготовки медичних сестер Київського торговельно-економічного інституту. Автор понад 30 наукових статей та 2 підручників українською мовою з інфекційних хвороб та з догляду за хворими. Брала активну участь в роботі Клубу творчої молоді, КУН.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гнатейко О. Гаврилук Юрій Йосифович / О. Гнатейко, О. Луцик // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила

- Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 58-59.
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: [Рогацова Валентина Сергіївна]. – С. 208-209.
 3. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Вульф Евгений Владимирович]. – С.148.
 4. Тітов М. Кобляренко Борис Миколайович / М. Тітов, 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. 164-165.
 5. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Хребтовський Ахіль]. – С. 309-310.
 6. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Левицький Андрій-Омелян]. – С. 169-170.
 7. Надрага О. Руднев Іван Михайлович / О. Надрага, О. Луцик // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 292.
 8. 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: [Кобилух Василь]. – С.86-87.
 9. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Малихіна Раїса Іванівна]. – С. 149-150.
 10. Михайлов Борис Владимирович. К 60-летию со дня рождения // Експериментальна і клінічна медицина. – 2010. – №2. – С. 166-167.
 11. Найда А. Повідайло Леонід Олександрович / А.Найда, Ю. Поспішіль // 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. 264-265.
 12. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Решетник-Куриляк Лідія]. – С. 236-237.
 13. 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: [Максимець (Квасницька) Людмила)]. – С.123.

СЕРГІЙ ЮРІЙОВИЧ МАСЛОВСЬКИЙ

До 75-річчя від дня народження



Сергій Юрійович Масловський народився 7 червня 1940 р. в Харкові в сім'ї лікаря. За сімейною традицією вирішив стати лікарем. У 1957 р. вступив на педіатричний факультет Харківського медичного інституту. Починаючи з 1 курсу брав активну участь в роботі студентських наукових гуртків. При кафедрі нормальної анатомії під керівництвом доцента В.В. Бобіна вивчав порівняльну анатомію нервів і судин передньої кінцівки. Результати наукових досліджень на студентських наукових конференціях були удостоєні премій. На 5-6 курсах одночасно працював на кафедрі судової медицини під керівництвом М.М. Бокаріуса. Після закінчення інституту у 1963 р. поступив в аспірантуру при кафедрі нормальної анатомії і під керівництвом проф. Р.Д. Синельникова (1896-1981) працював над кандидатською дисертацією. Засвоїв анатомічні та гістологічні методи дослідження і в 1967 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Нервы и сосуды предстательной железы человека и некоторых животных”.

У 1968 р. проходив стажування в І Московському медичному інституті на кафедрі нормальної анатомії під керівництвом академіка Д.А. Жданова (1908-1971). Після захисту дисертації почав працювати асистентом кафедри нормальної анатомії Харківського медичного інституту. У 1973 р. йому було присвоєно вчене звання доцента, а також у тому ж році присвоєно звання “Отличник здравоохранения СССР”.

У 1975-1984 рр. Сергій Юрійович виконував обов'язки проректора інституту з наукової роботи. За цей період під керівництвом академіка АН України професора В.І. Грищенка була проведена реорганізація наукових досліджень інституту. Доцент С.Ю. Масловський почав шукати свої шляхи в науці. Ідеї вченого отримали схвалення в Київському інституті нейрохірургії та на кафедрі оперативної хірургії і топографічної анатомії Ленінградського медичного інституту у професора Є.М. Маргоріна. Цей напрямок досліджень був присвячений удосконаленню стереотаксичних операцій на головному мозку.

В 1985 р. Сергій Юрійович удосконалював свою педагогічну майстерність на кафедрі анатомії медицини під керівництвом видатного вченого, професора І.І. Бобрика. До початку захисту докторської дисертації у видавництві “Здоров'я” вийшов з друку “Стереотаксический атлас промежуточного мозга детей и подростков”, написаний разом з нейрохірургом О.О. Лапоноговим. У передмові до цього видання академік А.П. Ромоданов відмітив, що цей атлас єдиний в світі і дуже корисний для практичного лікаря.

Захист докторської дисертації відбувся 17 жовтня 1985 р. Ця робота стала новим напрямком у медицині – стереотаксична нейроморфологія. У 1986 р. С.Ю. Масловський обійняв посаду професора кафедри анатомії. Вчене звання професора отримав у 1987 р.

У 1991 р. за ініціативою проф. С.Ю. Масловського була створена спеціалізована Рада із захисту докторських дисертацій зі спеціальності “Нормальна анатомія”. У 1995 р. ректорат ХМУ запропонував Сергію Юрійовичу очолити кафедру гістології, цитології і ембріології. Цю посаду він обійняв 10 січня 1996 р. З перших днів почалося удосконалення навчального процесу. Була створена унікальна навчальна і контролююча програма “Крок-1”, на якій навчаються і тестуються всі студенти, був створений навчальний відеофільм “Атлас мікроскопічних препаратів із цитології, ембріології, загальної гістології і мікроскопічної анатомії”. Програма і атлас рекомендовані Всеукраїнською нарадою завідуючих кафедрами для впровадження у всіх медичних навчальних закладах України.

Від 2007 р. С.Ю. Масловський є головою спеціалізованої Ради із захисту докторських дисертацій за спеціальністю “Нормальна анатомія” і “Патологічна фізіологія”. Упродовж багатьох років С.Ю. Масловський є заступником головного редактора наукових журналів “Медицина сегодня и завтра”, “Экспериментальная и клиническая медицина”, членом редколегій низки видань морфологічного напрямку. Ним отримані декілька патентів України.

С.Ю. Масловський є членом Президії Харківського медичного товариства, головою Харківського товариства АГЕ. Бере участь у художніх виставках, демонструючи свої художні роботи.

Зичимо Ювіляру Многая і Благая Літа!

ЛІТЕРАТУРА

1. С.Ю. Масловский. К 60-летию со дня рождения и 35-летию научно-педагогической и общественной деятельности [Текст]: библиография / сост. И.Ш. Иванова [и др.]: Харьковский гос. медицинский ун-т. – Х: [б.и.], 2000. – 45 с. : ил.
2. Научно-педагогическая и общественная деятельность С.Ю. Масловского. К 70-летию со дня рождения и 45 летию научно-педагогической деятельности // Вісник проблем біології і медицини. – 2010. – Вип. 2. – С. 9-11.
3. Масловский Сергей Юрьевич. К 70-летию со дня рождения и 45 летию научно-педагогической деятельности // Экспериментальна і клінічна медицина. – 2010. – №2. – С. 163-165.
4. Професор Масловський Сергій Юрійович // Світ медицини та біології. – 2010. – №3. – С. 148-149.
5. Степаненко А. Професор Масловский Сергей Юрьевич (К 70-летию со дня рождения и 45 летию научно-педагогической деятельности / А. Степаненко // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2010. – Т. 9. – №2. – С. 132-134.

ЮРІЙ МИТРОФАНОВИЧ ПАНИШКО

До 75-річчя від дня народження



Панишко Юрій Митрофанович народився 15 червня 1940 р. в м. Славути Хмельницької обл. в сім'ї військовослужбовця. Під час II світової війни рідні проживали на окупованій території і брали участь в діяльності Славутської підпільної антифашистської організації лікаря Ф.М. Михайлова. В серпні 1945 р. переїхала до рідних у Львів. Після закінчення СШ №12 у 1957 р. вступив на лікувальний факультет Львівського державного медичного інституту. Після закінчення ЛДМІ у 1963 р. почав працювати лікарем-хірургом та акушер-гінекологом Ганнопільської дільничної лікарні Хмельницької області. Після проходження спеціалізації по хірургії та трансфузіології у 1964 р. на базі Хмельницької обласної лікарні був переведений на посаду ординатора хірургічного відділення Хмельницької обласної лікарні. Після закінчення курсів спеціалізації з анестезіології на базі кафедри торакальної хірургії та анестезіології ЛДМІ у серпні 1965 р. був запрошений до вступу в аспірантуру при кафедрі торакальної хірургії та анестезіології ЛДМІ.

Під час навчання в аспірантурі засвоїв основні види знечуження при операціях у всіх хірургічних клініках Львівської обласної клінічної лікарні, працював консультантом обласної лікарні (15 виїздів в райони області), лікував хворих правцем, працював позаштатним лікарем на станції швидкої допомоги, оволодів основними методами клінічної фізіології, засвоїв методику катетеризації правих порожнин серця на курсах при Київському НДІ туберкульозу та грудної хірургії ім. акад. Яновського.

За 1960-1995 р. 55 разів безкоштовно здавав кров для хворих. Почесний донор України.

Після тяжкої хвороби і тривалого лікування у 1970 р. був запрошений на посаду доцента кафедри фізіології Львівського державного інституту фізичної культури. В цьому ж році був обраний на посаду голови Ради молодих вчених ЛДІФК, призначений членом КНГ (комплексної наукової групи) із науково-методичного забезпечення збірної команди СРСР із стрільби з луку. Забезпечив оснащення кафедри фізіології ЛДІФК науковою апаратурою ЛЗ РЕМА. Брав участь в підготовці збірних команд СРСР із стрільби з луку до Ігор Олімпіади 1972 р., 1976, членів збірної команди СРСР з легкої атлетики до Ігор Олімпіади 1976 р., 1980 р.; консультував членів збірних команд СРСР з боксу, фігурного ковзання, настільного тенісу, членів збірної команди УРСР з легкої атлетики, важкої атлетики, фехтування, зимових видів спорту, боксу, велоспорту, багатьох збірних команд Львівської області, ЛДІФК, ЛДУ ім. І. Франка. В наукових відрядженнях (1971-1979) знаходився 1,5 роки, працюючи спортивним фізіологом, лікарем-психотерапевтом, масажистом. Підвищував свою професійну кваліфікацію на науково-методичних конференціях кафедри, циклу, інституту, на педагогічних читаннях ЛДІФК, на кафедрі фізіології ДЦОЛІФК (1972), стажувався в відділі фізіології ВНДІФК (1980), на кафедрі фізіології ДДОЛІФК ім. П. Лесгафта (1985, 1987), на ФПК ЛДУ ім. І. Франка (1986), в інтернатурі медскладу з удосконалення з функціональної діагностики на базі 1120 ОВГ (1995), на науково-методичних лекторіях ЛДІФК (1996-2000).

Запрошувався до читання лекцій в Латвійському ІФК, Львівському державному університеті ім. І. Франка, Харківському державному університеті, Львівському обласному

науково-методичному інституті освіти, (потім ЛОІППО), Львівському училищі фізичної культури.

За 30 років роботи в ЛДІФК лекції, практичні та семінарські заняття доцента Панишка Ю.М. відвідало понад 10000 студентів.

Під керівництвом Панишка Ю.М. понад 100 студентів ЛДІФК брали участь в інститутських, республіканських, всесоюзних конференціях, конкурсах, олімпіадах. Сприяв створенню наукової лабораторії на базі кафедри фізвиховання ЛОЛПІ, а в 1979-1981 рр. створив потужний реабілітаційний центр на базі кафедри фізвиховання ЛДУ ім. І. Франка, забезпечив ці центри відповідною апаратурою (з Москви, Києва, Львова).

З 1983 р. по 1995 р. колективом дослідників з різних установ Львова під керівництвом Ю.М. Панишка була виконана велика експериментальна робота по обстеженню та консультації понад 500 кваліфікованих спортсменів різних спортивних спеціалізацій – членів команд вузів, області, України. Працював над докторською дисертацією, але необхідних умов для її завершення в інституті не було створено (в переході на посаду старшого наукового співробітника адміністрація інституту відмовила).

За 1965-2015 рр. опубліковано і депоновано понад 780 наукових робіт: тез, статей, наукових звітів, в тому числі 20 книжок і брошур: 3 посібника, 2 словники, методичні рекомендації. Оголошено біля 300 доповідей, виступів на конгресах, з'їздах, симпозиумах, конференціях, нарадах, семінарах. За результатами науково-дослідних робіт за 1971-1995 рр. впроваджено 25 актів в практику спорту. В 1965-2000рр. брав участь в різних формах допомоги 40 дисертантам в галузі медицини, біології, педагогіки. З 1965 по 2015 рр. брав участь в роботі 14 оргкомітетів: всесоюзних, республіканських, інститутських конференцій, з'їздів, симпозиумів; працював в 17 редколегіях конференцій, збірників з питань хірургії, анестезіології, загальної фізіології та спортивної фізіології. З 1980 р. по 1988 р. Панишко Ю.М. – голова ОМК по контролю ЛДІФК, який з 1984 р. став базовим інститутом в галузі внутрішньовузівського контролю. Брав участь в перевірці фізкультурних вузів України (Київ, Харків, Дніпропетровськ).

За 1965-2000 рр. виступив біля 1200 разів перед різними аудиторіями слухачів в 12 областях України. 12 років працював секретарем секції по пропаганді медицини та фізкультурних знань при Львівському обласному товаристві “Знання” (голова секції – проф. А.І. Гнатишак). З 1992 р. обраний членом правління Львівського обласного товариства “Знання”. Із захопленням сприйняв ідеї Народного Руху України. Член НРУ з 1989 р. Засновник осередку НРУ в ЛДІФК та в 4 організаціях м. Львова. З 1990 р. брав участь у всіх виборчих кампаніях НРУ. З 1996 по 2009 рр. – голова контрольно-ревізійної комісії Львівської крайової організації НРУ, делегат багатьох з'їздів НРУ.

У 1991-1992 рр. залучався до роботи Комітету контролю Львівської обласної ради народних депутатів, перевіряючи діяльність ряду установ м. Львова.

В липні 2004 р. пройшов курс підготовки інструкторів з навчання членів ДВК у міжнародному проекті “Сприяння організації виборів в Україні”. Брав участь в підготовці понад 3000 членів ДВК впродовж одного місяця 2004 р. В першій декаді грудня 2004 р. працював координатором медичної допомоги в Українському Народному Домі у Києві. У 2005 р. отримав письмову подяку від Президента України В.А. Ющенко.

Після виходу на пенсію у 2000 р. розпочав авторський проект під назвою “Здоровий спосіб життя”: організував 5 регіональних науково-практичних конференцій та випуск наукового збірника “Здоровий спосіб життя”. За 14 років вийшло в світ 105 номерів збірника.

Нагороджений медаллю “Ветеран праці” (1990), нагрудним знаком “Почесний донор України” (1995), золотою медаллю Товариства “Знання” України (2010), Почесною грамотою

Спорткомітету СРСР (1975), Правління товариства “Знання” УРСР (1980, 1981, 1990) та України (2008), Львівської обласної держадміністрації (1996), НРУ (1994, 1999, 2001, 2009), Обласного комітету товариства Червоного Хреста (1984, 1985), грамотами спортивних організацій. Лауреат акції “Людина року – 2002” в номінації “Громадський діяч” (м. Славута, Хмельницької обл.)

Бажаємо міцного здоров'я на Многії і Благії Літа!

ЛІТЕРАТУРА

1. Львівський державний медичний інститут / уклад.: І. Даценко, Л. Петрух, І. Головка [та ін.] / за ред. М. Павловського, І. Даценко, Л. Петрух. – Львів: Словник, 1994. – 338 с. – Зі змісту: [Панишко Юрій]. – С. 230.
2. Ковальчук С. Славута. Минуле і сучасне / С. Ковальчук, А. Ковальчук. – К.: ВАТ “Видавництво “Київська правда”, 2003. – 268 с. – Зі змісту: [Ю.М. Панишко]. – С. 127, 252.
3. Біобібліографічний показник наукових праць провідних учених , видатних спортсменів Львівського державного університету фізичної культури (1946-2010): наук. вид.: у 2-х т. / уклад. Ірина Світельська. – Л.: ЛДУФК, 2011. – Т.2. – 528 с. – Зі змісту: [Панишко Юрій Митрофанович]. – С. 74-106.
4. Світельник І. Здоровий спосіб життя: анот. бібліогр. показ. друк. видань трьома мовами / Ірина Світельник. – К.: Кондор, 2011. – 337 с. – Зі змісту: [Панишко Ю.М.]. – С. 124, 134, 182, 183, 184, 185, 192, 319, 320, 321, 322, 341, 418.
5. Львівський державний університет фізичної культури: попул. довід. / авт. кол. О.Полянський, М. Липець, І. Світельник; за аг. ред. Є. Приступи. – Л.: ЛДУФК, 2011. – 172 с. – Зі змісту: [Ю.М. Панишко]. – С. 80.
6. Фізична реабілітація: анот. бібліогр. показник друкований та електронних видань трьома мовами / Ірина Світельник. – К.: Кондор-Видавництво, 2012. – 1162 с. – Зі змісту: [Панишко Ю.М.]. – С. 47, 66, 576, 640, 679, 682, 702, 752, 848, 877, 878, 1130.
7. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького – 230 / гол. редкол. Б.С. Зіменковський. – Київ: “Логос України”, 2014. – 296 с. – Зі змісту: [Ю.М. Панишко] . – С. 156, 252.

ЕВАЛЬД ЯНОВИЧ ВАРЕС
До 90-річчя від дня народження



Евальд Янович Варес народився 17 червня 1925 р. в Ленінграді в сім'ї курсанта Військово-медичної академії. Навчався в школі до 1943 р. З січня по червень 1943 р. навчався в військово-політичному училищі в Тюмені. З червня 1943 р. по серпень 1944 р. – стрілок-автоматник 5 танкового корпусу, згодом – 96 гвардійської стрілецької дивізії. Брав участь в боях під Ленінградом, на II Прибалтійському та III Білоруському фронтах. Був тричі поранений. Війну закінчив під Кенігсбергом і з серпня 1944 р. по вересень 1945 р. – курсант Ленінградського військово-медичного училища в м. Омськ. В листопаді 1945 р. демобілізувався. Кавалер 12 урядових нагород.

З листопада 1945 р. по червень 1950 р. студент Казанського стоматологічного інституту. Після закінчення інституту працював ординатором на кафедрі ортопедичної стоматології цього ж інституту. З вересня 1950 р. по серпень 1953 р. – викладач Омської зубопротезної школи.

У 1953 р. поступив в аспірантуру кафедри гістології та ембріології 1-го Московського медичного інституту, яку завершив у вересні 1956 р. У 1955 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Реакция соединительной ткани на полиметилметакрилат и реакция тканей пародонта на имплантацию зубов”.

З вересня 1956 р. по вересень 1959 р. працював асистентом кафедри гістології та ембріології Калінінського медичного інституту. У 1959 р. обраний за конкурсом завідувачем відділу ортодонції Одеського науково-дослідного інституту стоматології. У 1959 р. отримав звання старшого наукового співробітника.

У 1965 р. в процесі роботи над докторською дисертацією був обраний за конкурсом завідувачем кафедри ортопедичної стоматології Донецького медичного інституту. У 1967 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Закономерности роста лицевого скелета и их значение для практики ортодонтии”.

В Донецькому медичному інституті пропрацював до 1972 р. У цьому ж році обраний за конкурсом на посаду завідувача кафедри ортопедичної стоматології Львівського медичного інституту. На цій посаді пропрацював до 1981 р. У 1983 р. – обраний на посаду завідувача лабораторії технології зубних протезів ЦНДЛ ЛДМІ. З методикою виробництва зубних протезів ознайомив 172 спеціалістів з 96 міст СРСР. У 1993 р. повернувся на педагогічну діяльність, де працював професором кафедри хірургічної і ортопедичної стоматології ФПДО Львівського медичного університету.

В середині 90-х років разом з групою співробітників Е.Я. Варес перебував у КНР, де демонстрував методи технології виготовлення зубних протезів, читав лекції, консультував пацієнтів.

Е.Я. Варес був автором близько 170 наукових праць, в т.ч. 13 монографій та більше 10 авторських свідоцтв. Наукові дослідження присвячені вивченню закономірностей морфологічної перебудови тканин при ортодонтній дії в ділянці вісцерального скелету, закономірностей росту кісткових структур; удосконаленню технологій виготовлення зубних протезів та ортодонтних апаратів методом ливарного пресування пластмас та методом штампування пластмас; технології виготовлення суцільних конструкцій протезів із компенсацією усадки; виготовленню нових знімних зубних протезів, виготовленню знімних протезів з біологічно нейтральних полімерів.

Вчений підготував 29 кандидатів та 3 докторів наук.

Помер у 2010 р. на 85 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Львівський державний медичний інститут. – Львів: Словник, 1994. – С. 238-239.
2. Новини стоматології, 1995. – №1(2). – С. 97-98.
3. Зоц Н. Варес Е.Я. // Дент-Арт, 2004. – №2. – С. 71-74.
4. Ступницький Р.М. Стоматологічному факультету у Львові – 50 років / Р.М. Ступницький, А.В. Магльований, В.С. Гриновець, В.С. Кухта. – Львів, 2008. – С. 149-150.
- 5.Макеєв В. Варес Евальд Янович / В. Макеєв // 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. 28.
- 6.Макеєв В. Варес Евальд Янович / В. Макеєв // 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. 36-37.

ЛЕВ ІВАНОВИЧ МЕДВЕДЬ

До 110-річчя від дня народження



Лев Іванович Медведь народився в с. Мягкоход Бершадського району Вінницької області 18 червня 1905 р. в багатодітній селянській родині. Його батько, Іван Васильович Медведь, уродженець с. Чорна Гребля на Вінничині, відбувши солдатську службу працював землеробом, щоби прогодувати та вивчити шістьох дітей. Дитинство проходило в тяжкій праці на полях графа Потоцького. В 1915 р. Левко Медведь закінчив з похвальним відзивом церковно-приходську, а згодом двохкласну школу. У 1918 р. на Поділлі встановилася нова, радянська влада. В цей час Левко вже працював робітником, а згодом – слюсарем на цукровому заводі. Від 1921 р. одночасно з роботою на заводі він навчався в профтехшколі. У 1924 р. юнака направили на навчання у Вінницький хіміко-фармацевтичний інститут ім. В.І. Леніна. У 1925 р. його обрали депутатом Вінницької міської ради, доручили роботу в Пролетстуді – пролетарському студентстві.

У 1927 р. Л.І. Медведь брав участь в роботі 1-го з'їзду Пролетстуду в Москві. Ще навчаючись в інституті, Левко Медведь почав працювати асистентом в аптеці, а згодом – лаборантом на кафедрі фармацевтичної хімії. У 1927 р. Л.І. Медведь отримав диплом з відзнакою фармацевта-провізора. З особливим зацікавленням він вивчав токсикологію.

З часом Л.І. Медведя було обрано головою профспілки медичних працівників, згодом його призначили завідувачем інформаційним сектором Вінницького окружного КП(б)У.

Від 1930 р. Л.І. Медведь був завідувачем окружним аптекоуправлінням, а від 1931 р. керував Вінницьким міським відділом здоров'я. В фармацевтичному інституті він читав курс лекцій з організації охорони здоров'я і аптечної справи. Під час відряджень до Києва вдалося неодноразово зустрітися з акад. Д. К. Заболотним. Народилася спільна ідея: створити на Поділлі медичний вуз на базі хіміко-фармацевтичного інституту, Інституту сільської гігієни. У 1932 р. створили виробничий медичний інститут з очною і заочною формою навчання. Ініціатором організації інституту і його першим директором став Л.І. Медведь.

Весною 1933 р. Л.І. Медведь був призначений завідувачем агітаційно-масовим відділом Жмеринського райкому КП(б)У, а весною 1934 р. його призначили завідувачем відділу охорони здоров'я Дніпровського пароплавства. Лев Іванович звернувся в НКОЗ УРСР з проханням дозволити йому вчитися у Київському медичному інституту.

Почався напружений етап в житті Левка Івановича. В 1935 р. його призначили завідувачем Київського обласного відділу охорони здоров'я; в березні 1936 р. – призначили першим заступником НКОЗ УРСР. Він продовжив навчання в Київському медичному інституті.

У 1938 р. Л.І. Медведь поступив в аспірантуру Київського інституту гігієни праці і професійних захворювань. В травні 1941 р. він був призначений директором 1-го Київського медичного інституту. Але 22 червня 1941 р. розпочалася німецько-радянська війна. Інститут почав готуватися до евакуації в Харків. Але 24 вересня 1941 р. за розпорядженням НКОЗ СРСР

розпочалася друга евакуація інституту, на цей раз в Челябінськ. Вже в перші місяці перебування на Уралі КМІ став медичним науково-консультативним центром області.

6 листопада 1943 р. Червона Армія звільнила Київ. Л.І. Медведь прилетів літаком до Києва. Інститут жив у 2-х вимірах: частина залишилася в Челябінську, щоб стати основою нового медичного інституту міста, а більша частина колективу переїхала в Україну.

25 грудня 1944 р. в театрі опери та балету м. Києва урочисто відмітили 100-річчя від дня заснування Київського медичного інституту.

Л.І. Медведь був членом делегації УРСР на III сесії ЮНРРА, яка проходила восени 1945 р. у Великобританії, на IV сесії ЮНРРА в 1946 р. у США, на V сесії організації – в Швейцарії. У 1946 р. в складі делегації УРСР Л.І. Медведь брав участь в роботі 1 сесії Генеральної Асамблеї ООН в США.

В березні 1947 р. Л.І. Медведь був призначений міністром охорони здоров'я УРСР; в 1952 р. – був призначений директором Київського НДІ гігієни праці та професійних захворювань. У 1961 р. брав участь в роботі I конгресу Міжнародної асоціації медицини села, де його обрали віце-президентом асоціації.

У 1961 р. Л.І. Медведь захистив докторську дисертацію на тему: “Гигиена труда при применении ртутьорганических фунгицидов (к проблеме токсикологической и гигиенической оценки новых пестицидов)”. В 1962 р. його затверджують в званні професора.

В листопаді 1964 р. влада прийняла рішення про створення в Києві Всесоюзного НДІ гігієни і токсикології пестицидів і пластичних мас. Директором цього інституту був призначений Л.І. Медведь.

В лютому 1969 р. Л.І. Медведь був обраний академіком АМН СРСР.

Осінь 1981 р. була його останньою осінню. Лев Іванович був головою V з'їзду гігієністів України, редактором його праць.

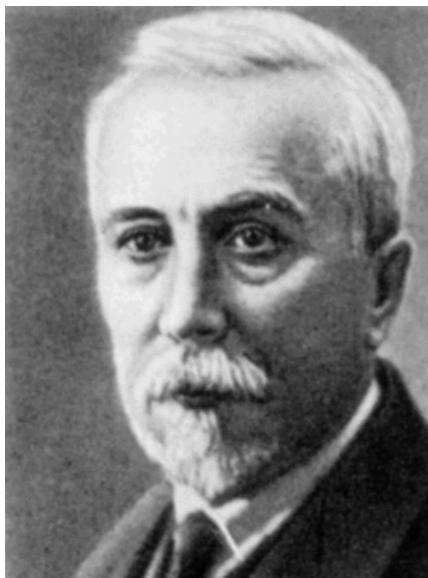
Помер Лев Іванович Медведь 22 лютого 1982 р. на 77 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Л.И. Медведь (1905-1982) / А.В. Павлов, Ю.И. Кундиев, Е.И. Гончарук, Ю.Г. Виленский / АМН СССР. – М.: Медицина, 1990. – 152 с.
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: [Медведь Лев Іванович]. – С. 157-158.
3. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Медвідь (Медведь) Лев Іванович]. – С. 277.
4. Кундієв Ю.І. Медведь Левко Іванович / Ю. І. Кундієв // УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.6: Куликів-Мікроклімат. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1981. – С. 427-428

ФЕОФІЛ ГАВРИЛОВИЧ ЯНОВСЬКИЙ

До 155-річчя від дня народження



Феофіл Гаврилович Яновський народився в с. Миньківці Подільської губернії (тепер Дунаєвецького району Хмельницької області) 12 червня 1860 р. в сім'ї службовця. У 1883 р. Закінчив медичний факультет Київського університету. Був учнем видатного клініциста Карла Генріховича Тритшеля (1842-1914). Працював ординатором на кафедрі терапії. Удосконалювався в Європі. У 1886 р. прослухав лекції і засвоїв методи бактеріологічної діагностики в лабораторіях Р. Коха, Л. Пастера, в інститутах Р. Вірхова, Е. Лейдена, Г. Куршмана. Після повернення в Київ заснував в Олександрійській лікарні бактеріологічну лабораторію.

У 1886 р. захистив докторську дисертацію на тему: “К биологии тифозных бацилл”. У 1890 р. був відряджений в Берлін для вивчення лікувальної дії туберкуліну. Від 1891 р. – доцент медичного факультету за курсом клінічної мікроскопії і бактеріології.

У 1901 р. з ініціативи Ф. Яновського, В. Високовича, К. Тритшеля створено в Києві перше в Російській імперії “Київське товариство для боротьби з туберкульозом”.

У 1896-1904 рр. працював в Петербурзі в Інституті експериментальної медицини. У 1904 р. обраний професором кафедри госпітальної терапії Новоросійського університету в Одесі.

У 1905-1914 рр. – професор кафедри лікарської діагностики медичного факультету. У 1907 р. при Вищих жіночих курсах з ініціативи професорів В. Високовича, С. Томашевського, Ф. Яновського, К. Тритшеля відкрито медичний відділ – Вищі жіночі медичні курси з університетською програмою.

Від 1914 р. Ф. Яновський – професор кафедри госпітальної терапії медичного факультету Київського університету. У 1919-1921 рр. – завідувач терапевтичної клініки Кримського університету. Від 1921 р. – завідувач кафедри терапії Київського медичного інституту. У 1922 р. на базі 9 міської лікарні з ініціативи Ф.Г. Яновського відкрито Київський туберкульозний інститут.

У 1923 р. Товариство київських лікарів очолив проф. Ф.Г. Яновський. 23 грудня 1924 р. відбулося засідання київських лікарів, присвячене 40-літньому ювілею лікарської і науково-педагогічної діяльності проф. Ф.Г. Яновського.

Коло наукових інтересів Ф.Г. Яновського надзвичайно широке: туберкульоз і гострі інфекційні захворювання, хвороби легень, нирок, клінічна бактеріологія, курортологія. У 1902 р. він за життя хворого встановив діагноз інфаркту легень, вперше в світі описав діагностичне значення бронхіальних зліпків при тяжкій легеневої патології, доказав туберкульозну природу казеозної пневмонії. Першим описав “кон'юнктивальний симптом” при

висипному тифі. Ф.Г. Яновському належить унікальна в світовій літературі праця “Клінічне значення запаху”.

Ф.Г. Яновський був автором близько 60 наукових праць в різних галузях терапії. Винайшов оригінальний метод лікування опіків стравоходу за допомогою препарату надниркових залоз великої рогатої худоби (1904). Був автором першого в СРСР посібника з туберкульозу.

У 1926 р. на I з'їзді терапевтів УРСР (Харків) обраний пожиттєвим головою всіх майбутніх з'їздів терапевтів.

У 1927 р. Ф.Г. Яновський обраний академіком АН УРСР. Він був редактором 1-го видання “БМЭ”, членом редколегії журналу “Врачебное дело”.

У 1927 р. надрукував книгу “Диагностика заболеваний почек в связи с их патологией”. Був фундатором перших приміських санаторіїв у Пуці-Водиці та Боярці, очолював Товариство нічних лікарських чергувань. Був зановником Київської школи терапевтів: В.Х. Василенко, В.Н. Іванов, А.М. Зюков, В.В. Виноградов, Ф.Я. Примак та ін.

Був по-європейськи освіченою людиною, володів іноземними мовами, лікував видатних людей того часу, в тому числі Миколу Лисенка, Михайла Старицького, Лесю Українку, Марію Заньковецьку.

Помер 8 липня 1928 р. на 69 році життя.

Його ім'я присвоєно Київському НДІ туберкульозу, пульмонології та грудної хірургії (1928).

ЛІТЕРАТУРА

1. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Яновский Феофил Гаврилович]. – С.738.
2. УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.12: Фітогормони-Б. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1985. – 572 с. – Зі змісту: [Яновський Феофіл Гаврилович]. – С. 511.
3. Мамолат А.С. Яновский Феофил Гаврилович // БМЭ в 30 т. / гл. ред. Б.В. Петровский. – Т.28: Экономо-Ящур. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1986. – С. 525.
4. Аронов Г.В. Феофил Гаврилович Яновский / Г.В. Аронов; отв. Ред. Н.М. Амосов. – К, 1988, – 140с.
5. Енциклопедія українознавства в 11 т. / гол. ред. В. Кубійович. – Т.4: Крушельницький – Місто. – Львів: НТШ у Львові, 1994. – 1600 с. – Зі змісту: [Яновський Теофіл]. – С.3976.
6. Визначні імена у світовій медицині / за ред. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Яновський Феофіл Гаврилович]. – С. 151.
7. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Яновський Теофіл (Феофіл) Гаврилович] . – С. 49, 53, 55, 58, 77, 83, 87, 97, 101, 111, 234, 243, 246, 258, 269. .
8. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Яновський Феофіл Гаврилович]. – С. 295.

Хроніка червня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

1 червня – 150 років від дня народження **Адама Богдана Шуліславскі**, польського офтальмолога. У 1898 р. закінчив медичний факультет Краківського університету. У 1891-1892 рр. спеціалізувався з офтальмології в клініках Познаня, Відня, Кракова. У 1893-1895 рр. – помічник лікаря; у 1895-1909 рр. – ординатор офтальмологічного відділення Львівського загального шпиталю, за сумісництвом офтальмолог Каси хворих (1896-1911), референт санітарного бюро м. Львова (1901-1907); у 1902-1909 рр. – доцент очних хвороб Львівського університету; у 1909-1911 рр. – професор. Наукові дослідження присвячені вивченню фізіології та патології утворення водянистої вологи ока; діагностиці, клініці, лікуванню відшарувань сітківки, глаукоми, трахоми, сифілісу очей, питанням судово-медичної експертизи ушкоджень органу зору, застосування антисептиків у клініці очних хвороб. Був автором 17 наукових праць. Помер 24 листопада 1914 р. на 47 році життя.

6 червня – 120 років від дня народження **Мечислава Вежуховскі**, польського фізіолога. У 1920 р. закінчив медичний факультет Варшавського університету. У 1920-1928 рр. – асистент кафедри радіології Варшавського університету; у 1928-1936 рр. – доцент цієї кафедри; у 1936 р. – завідувач кафедри фізіології цього ж університету. У 1937-1943 рр. – керівник кафедри, директор Інституту фізіології Львівського університету / Львівського медичного інституту (1939-1941 рр. / медико-природничих фахових курсів (1942-1943)). У 1943-1952 рр. – завідувач кафедри фізіології медичної академії м. Лодзь. У 1957-1967 рр. – директор Інституту фізіології ПАН у Лодзі. Наукові дослідження присвячені питанням фізіології залоз внутрішньої секреції – біохімічні основи глюконеогенезу, моделювання цукрового діабету, гіперглікемічних станів. Автор близько 60 наукових праць. Помер 26 серпня 1967 р. на 73 році життя.

7 червня – 125 років від дня народження **Карла Спенсера Лешлі**, американського психолога та фізіолога. Народився в Дейвісі (Західна Вірджинія). Навчався в Університеті Західної Вірджинії, далі в Піттсбурзькому університеті. В 1914 р. отримав ступінь доктора філософії, захистив дисертацію із зоології в Університеті Джонса Хопкінса. Почав своє кар'єру в цьому університеті та лікарні св. Єлизавети у Вашингтоні; в 1917-1926 рр. працював в університеті Мінесоти. В 1920 р. став ад'юнкт-професором, від 1923 рр. – професором. В 1926 р. працював у науково-дослідному фонді вивчення поведінки; у 1929 р. – в Чиказькому університеті; у 1935-1955 рр. – в Гарвардському університеті. У 1942 р. К.С. Лешлі працював директором лабораторії біології приматів в Оріндж-Парку, штат Флорида. Розпрацював проблему локалізації психічних функцій, використовуючи метод видалення різних частин головного мозку. У 1929 р. надрукував книгу “Механізми мозку і інтелект”, створив уявлення про відсутність в головному мозку суворої локалізації представництва складних функцій організму, розвинув вчення про пластичність вищих відділі головного мозку. Займався також фізіологією зору і теорією навчання. Помер 7 серпня 1958 р. на 69 році життя.

9 червня – 165 років від дня народження **Вільгельма Ру**, німецького анатома, ембріолога. Народився в Йені. Закінчив Йенський університет. Від 1879 р. – професор університету в Бреслау, від 1889 р. – професор університету в Інсбруку, в 1895-1921 рр. – професор університету в Галле. Основні наукові роботи присвячені вивченню онтогенезу тварин. Описав стадії розвитку тварин, особливо земноводних. У 1883 р. вперше висловив ідею про диференціацію поділу ядер клітини зародка. Дослідами з активного впливу на хід ембріонального розвитку доказав важливу роль взаємодії частин ембріону у формоутворюючих процесах. Створив напрямок досліджень, названий механікою розвитку. У 1894 р. заснував журнал “Archiv für Entwicklungsmechanik der Organismen”, який отримав ім'я Ру після його смерті (“W.Roux Archiv...”). Вийшов на пенсію у 1921 р. Помер 15 вересня 1924 р.

9 червня – 140 років від дня народження **Генрі Холлета Дейла**, англійського фізіолога і фармаколога. Народився в Лондоні. У 1894 р. Дейл вступив до Трініті-коледжу при

Кембріджському університеті. У 1898 р. з відзнакою склав випускні іспити з природничих наук, зоології, фізіології. Отримав стипендію Котса-Троттера і мав можливість упродовж 2 років працювати у фізіологічних лабораторіях Кембріджа, де познайомився з відомими фізіологами: Ленглі та Андерсоном, які описали два відділи ВНС: симпатичний та парасимпатичний. До 1902 р. Г.Х. Дейл працював у лікарні св. Варфоломея у Лондоні. Наступні 2 роки він проводив експериментальні дослідження із фізіологами Старлінгом і Бейліссом, що виявили гормон слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Цей гормон назвали секретином. Декілька місяців до закінчення терміну стипендії Дейл провів в Інституті Пауля Ерліха у Франкфурті. Від 1904 р. працював у фармацевтичній фірмі “Баррог Уїлкіненд компанії” на посаді керівника НДЛ.

У 1914-1942 рр. працював у Національному інституту медичних досліджень в Хемпстеде (Лондон), від 1928 р. – директор; в 1942-1946 рр. керував лабораторією Деві-Фарадея в Королівському інституті, одночасно в 1939-1959 рр. – професор фізіології Лондонського університету. Основні наукові роботи присвячені вивченню механізмів передачі нервового імпульсу. Провів перші фундаментальні дослідження дії симпатоміметичних амінів, гістаміна, ацетилхоліна, ерготоксина. Світову славу отримали його дослідження, що встановили участь ацетилхоліну в передачі нервових імпульсів.

У 1936 р. Г.Х. Дейл та О. Льові отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини “за дослідження хімічної трансмісії нервових імпульсів”.

Г.Х. Дейл був членом Лондонського королівського товариства (від 1914), його секретарем (1925-1935) та Президентом (1940-1945). У 1947 р. був обраний Президентом Британської асоціації сприяння розвитку науки, був членом Національної АН США. Удостоєний багатьох наукових нагород. Помер 24 липня 1968 р. на 94 році життя.

13 червня – 145 років від дня народження **Жюль Жана Баптиста Вінсента Борде**, бельгійського імунолога і бактеріолога. Народився у Сайгоні. Коли Жюлю було 7 років сім'я переїхала у Брюссель. У 1892 р. Жюль Борде закінчив 7-річний курс медицини за 6 років і отримав ступінь доктора медицини. Своєю роботою привернув увагу І.І. Мечникова. Уряд виділив стипендію Ж. Борде і він зміг у 1894-1901 рр. працювати в лабораторії І.І. Мечникова в Пастерівському інституті в Парижі. Після повернення в Брюссель Ж. Борде організував Пастерівський інститут в Брюсселі, директором якого він був до 1918 р. У 1907-1935 рр. викладав бактеріологію і паразитологію в Брюссельському університеті. Дослідження присвячені проблемам імунітету з фізико-хімічних позицій. Вчений встановив механізм аглютинації, преципітації, гемолізу, дезінтоксикації, вияснив роль комплементу в реакції імунітету. Разом з М. Геєм відкрив реакцію конглоїнації. Розпрацював разом з О. Жангу реакцію зв'язування комплементу. У 1906 р. разом з О. Жангу виділив бацилу-збудника кашлюка і запропонував середовище для його культивування.

Нобелівська премія у 1919 р. не присуджувалася, але через рік її був удостоєний Жюль Борде “за відкриття, пов'язані з імунітетом”.

У 1921 р. вчений розпрацював вчення про анафілаксію і теорію бактеріофагії. Вчений був удостоєний багатьох нагород, звань. Портрет вченого зображений на поштової марці 1971 р. Помер вчений 6 квітня 1961 р. на 91 році життя.

14 червня – 105 років від дня народження **Адхама Юнусовича Юнусова**, узбецького фізіолога. Закінчив у 1932 р. Узбецький інститут шовківництва, Ташкентський сільськогосподарський медичний інститут (1943). У 1934-1943 рр. працював у Ташкентському медінституті; в 1945-1949 рр. – в Ташкентському сільськогосподарському інституті. В 1949-1952 рр. – професор, завідувач кафедри фізіології Ташкентського медінституту. У 1952 р. обраний академіком АН УзРСР. В 1953-1956 рр. – академік-секретар АН УзРСР. Від 1956 р. – завідувач лабораторії фізіології Інституту крайової медицини АН УзРСР. Основний напрямок досліджень – вивчення обміну речовин в експериментальних умовах. Вивчав вплив високої температури на організм людини і тварин, водно-сольовий обмін, питний і мінеральний режими, стан ферментативної активності кишківника в умовах високої температури та

інсоляції. Був головою фізіологічного товариства ім. І.П. Павлова УзРСР. Помер 16 жовтня 1971 р. на 62 році життя.

15 червня – 100 років від дня народження **Томаса Хакла Уеллера**, американського вірусолога. Народився в Анн-Арборі (штат Мічиган). У 1936 р. закінчив Мічиганський університет. Працював у Бостоні в Гарвардській медичній школі (1936-1939), в дитячій лікарні (1940-1941, 1945-1946), в Педіатричному центрі (від 1947 р.), в Гарвардській школі охорони здоров'я (від 1954 по 1981 р. професор і завідувач відділу тропічної медицини). Основні наукові роботи присвячені паразитології, тропічній медицині, бактеріології. Розпрацював методи культури тканин для вивчення вірусних хвороб (герпеса, поліомієліта, вітряної віспи). Довів, що вірус вітряної віспи ідентичний, вірусові, що викликає оперізувальний лишай. У 1962 р. виділив вірус – збудник корової краснухи.

У 1954 р. Т.Х. Уеллер разом з Дж. Ендерсом, Ф. Роббінсом отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття здатності вірусу поліомієліту рости в культурах різних типів тканин”. Крім Нобелівської премії вчений був удостоєний багатьох нагород, почесних звань. Помер 23 серпня 2008 р. на 94 році життя.

17 червня – 95 років від дня народження **Франсуа Жакоба**, французького мікробіолога, генетика. Народився в Нансі. Поступив на медичний факультет Паризького університету. Мріяв стати хірургом. Розпочалася Друга світова війна і в 1940 р. нацистська армія окупувала Париж. Навчання перервалося. Франсуа Жакоб приєднався до руху “Вільна Франція” і брав участь в бойових діях в Північній Африці. Брав участь в знаменитій висадці союзників 6 серпня 1941 р. в Нормандії, де був тяжко поранений. У 1947 р. закінчив навчання в Паризькому університеті, захистивши докторську дисертацію з медицини. До 1950 р. працював у Паризькому університеті. Від 1950 р. – в Інституті Пастера (1956-1968 рр.) – керівник лабораторії, від 1960 р. – професор, керівник відділу генетики клітини. Одночасно від 1965 р. – професор кафедри генетики клітин в Колеж де Франс. Наукові роботи присвячені генетиці бактеріальних клітин і вірусів. Вивчав генетичний обмін між бактерією і фагом. У 1954 р. встановив, що на реплікацію генів у клітині впливають мутагенні фактори. Вияснив (1955) механізм рекомбінацій у бактерій. Автор концепції епісом (1958), гіпотез (1961) про перенос генетичної інформації за участю інформаційної РНК і механізму генетичної регуляції синтезу білка у бактерій (концепція оперона). Запропонував (1958) разом із Ж. Моно та А.М. Львовим схему синтезу регуляції активності генів.

У 1965 р. Ф. Жакоб, Ж. Моно, А. Львов були удостоєні Нобелівської премії з фізіології та медицини “за відкриття, що стосуються генетичного контролю синтезу ферментів та вірусів”.

Ф. Жакоб удостоєний багатьох премій, нагород, почесних звань, членства в наукових товариствах, академіях. Помер 19 квітня 2013 р. на 93 році життя.

18 червня – 170 років від дня народження **Шарля Луї Альфонса Лаверана**, французького лікаря, протистолога, епідеміолога. Народився в Парижі. У 1867 р. закінчив Страсбурзький університет. Під час французько-пруської війни працював військовим лікарем. У 1874 р. за конкурсом отримав місце завідувача кафедри військової медицини та епідеміології в Еколь дю Валь-де-Грас в Парижі. Зацікавився питанням малярії, оскільки французькі солдати служили в Алжирі. У 1878 р. армійське командування направило Ш. Лаверана в Алжир для вивчення малярії. Лікар досліджував не лише сухі забарвлені мазки крові, а вирішив дослідити свіжу кров. Він виявив тільця з наявним пігментом, які за формою нагадували або напівмісяць, або сферу. 5 листопада 1880 р. Лаверан взяв кров к молодого солдата під час наступу лихоманки. Він побачив ...“тонкі прозорі нитки, які дуже координовано рухалися і без сумніву, могли належати тільки живим істотам”. Таким чином, лікар відкрив збудника малярії. Це плазмодії, що належить до найпростіших, або одноклітинних і паразитують в еритроцитах. Упродовж 4 років відкриття Лаверана ігнорувалося. У 1884 р. Ш. Лаверан припустив, що частина життєвого циклу малярійного плазмодію відбувається поза людським організмом у проміжного господаря (у комасі). Через рік його відкриття дістало світове визнання. Складна

робота з дослідження розвитку та шляхів передачі малярійного плазмодію була проведена 1897 р. Рональдом Россом. У 1884 р. Ш. Лаверан зайняв посаду професора військової медицини та гігієни у Валь-де-Грас. Тут він відпрацював 10 років. Французька АН присудила за цю роботу авторові премію Бреана. Після демобілізації з армії Ш. Лаверан вступив до Пастерівського інституту і почав вивчати трипаносоми – найпростіші, які потрапляють в організм людини через укуси комах-кровососів (муха цеце). Хоча сам Лаверан не виявив трипаному, що викликає африканську сонну хворобу, він значно розвинув вчення про біологію та патогенну активність найпростіших паразитів.

У 1907 р. “за дослідження ролі найпростіших у захворюваннях” Ш. Лаверану була присуджена Нобелівська премія з фізіології та медицини. На гроші премії вчений організував у Пастерівському інституту лабораторію тропічної медицини. Вивчав лейшманіоз. У 1908 р. заснував Французьке товариство екзотичної патології і був його першим головою. Вчений був нагороджений медалями, преміями наукових інституцій, товариств, мав почесне членство наукових установ. Помер 18 травня 1922 р., проживши майже 77 років.

19 червня – 215 років від дня народження **Альфреда-Вільгельма Фолькмана**, німецького фізіолога. Від 1821 р. вивчав медицину в Лейпцігському університеті і в 1826 р. був удостоєний ступені доктора медицини. Відвідав Лондон і Париж. В 1828 р. почав приват-доцентом читати лекції в Лейпцігському університеті. У 1834 р. був обраний екстраординарним професором, а в 1837 р. був запрошений в Дерптський (Тартуський) університет ординарним професором кафедри фізіології, патології, семіотики. Пробув вчений в Дерпті лише 6 років (1837-1843), але його вплив на студентів та викладачів факультету був великим: він першим почав знайомити своїх слухачів з методами фізіологічних досліджень. основні праці присвячені вивченню закономірностей кровообігу, питанням будови і функцій центральної і периферичної нервової системи, фізіологічній оптиці та фізіології дихання. Висунув гіпотезу про наявність рухових нервових центрів у серцевому м’язі. Подразнюючи блукаючий нерв жаби гальванічним струмом, спостерігав сповільнення ритму та зупинку серця, прискорення пульсу при перерізці блукаючих нервів. У дослідженнях А.-В.Фолькмана з Ф.Г. Біддером, узагальнених в праці “Автономність симпатичної нервової системи, як доведено анатомічними дослідженнями” (1842) вперше дано точний опис симпатичної нервової системи. Був обраний ректором університету, але у 1842 р. був звільнений від цієї посади, відмовився і від професури і в 1843 р. переселився в Галле, де займав кафедру фізіології, а також анатомії до 1876 р. А. Фолькман винайшов гемодрометр, за допомогою якого виміряв лінійну швидкість кровотоку в різних артеріях і узагальнив ці дослідження в книзі про гемодинаміку (1850). Помер 9 квітня 1877 р. на 77 році життя.

24 червня – 220 років від дня народився **Ернста Генріха Вебера**, німецького анатома і психофізіолога. Народився у Віттенбергу. Закінчив Лейпцигський університет. Від 1818 р. професор анатомії, а згодом – фізіології Лейпцигського університету. Наукові роботи присвячені фізіології органів чуття (слуху, зору, дотику). Створив низку методик і приладів (циркуль Вебера). Встановив залежність між силою дії зовнішніх фізичних подразників і суб’єктивними відчуттями (психофізичний закон Вебера-Фехнера). Відкрив явище латералізації звуку. У 1845 р. разом з Едуардом Вебером відкрив гальмуючий вплив блукаючого нерву на діяльність серця. Автор низки праць по визначенню сили м’язів, механізму ходіння та інших проявів рухової активності. Помер 26 січня 1878 р. на 83 році життя.

24 червня – 175 років від дня народження **П’єра Еміля Дюкло**, французького бактеріолога, фізика, хіміка. У 1862 р. закінчив Вищу нормальну школу в Парижі. Був запрошений Л. Пастером в його лабораторію в якості препаратора. Від 1865 р. – викладач в ліцеї в Тур’є, згодом – в університеті в Клермон-Феррані. Від 1873 р. – професор Ліонського університету; від 1878 р. – професор Агрономічного інституту; від 1881 р. – професор мікробіології Паризького університету. Після смерті Л. Пастера в 1895 р. очолив Пастерівський інституту в Парижі. Основні роботи присвячені біологічній хімії. Досліджував хімічний склад молока, молочнокислого бродіння, склад і способи виготовлення різних сирів. Запропонував

метод визначення летючих кислот шляхом їх функціональної перегонки. Вивчав явища осмоса і рух рідин в капілярах. Свої роботи про мікроби та їх роль в різних захворюваннях резюмував у фундаментальній чотирьохтомній праці “Мікробіологія” (Т.1-4, 1898-1901). Всього надрукував понад 220 наукових робіт. Помер 3 травня 1904 р., проживши майже 64 роки.

24 червня – 125 років від дня народження **Івана Яковича Роздольського**, російського невропатолога. У 1919 р. закінчив Військово-медичну академію. Клінічну освіту отримав у М.І. Аствацатурова і Б.С. Дойнікова на кафедрі нервових хвороб ВМА. У 1926-1960 рр. працював у Ленінграді в лікарні ім. Мечникова. Від 1925 р. – приват-доцент клініки нервових хвороб Ленінградського Інституту удосконалення лікарів. Від 1933 р. – професор і завідувач кафедри нервових хвороб лікарні медичного вузу ім. Мечникова. Від 1936 р. – завідувач кафедри нервових хвороб 2-го Ленінградського медичного інституту, а від 1947 р. – завідувач кафедри нервових хвороб Ленінградського санітарно-гігієнічного медичного інституту. Вчений надрукував понад 160 наукових робіт, в т.ч. біля 100 робіт, присвячених нейрохірургії: пухлини 4 шлуночка головного мозку (1940), пухлини головного мозку (1954), пухлини спинного мозку (1958). І.Я. Роздольський був почесним членом Всесоюзного товариства нейрохірургів. Помер вчений у 1962 р. на 72 році життя.

25 червня – 140 років від дня народження **Олексія Олексійовича Ухтомського**, російського фізіолога. У 1898 р. закінчив Московську духовну академію, а в 1906 р. – Петербурзький університет. Учень М.Є. Введенського. У 1906-1942 рр. працював на кафедрі фізіології тварин Петербурзького (Ленінградського) університету. Від 1922 р. очолював кафедру. Основні наукові роботи присвячені вивченню закономірностей, визначаючих реакцію організму на різні подразники. У 1923 р. створив вчення про домінанту одного з основних загально-фізіологічних принципів, що визначають діяльність нервової системи. Розвинув вчення М.Є. Введенського про лабільність і парабіоз. Встановив (1926), що лабільність органів і тканин не є постійною, а пристосування організму до нових умов середовища досягаються шляхом перебудови органів і систем організму на новий рівень лабільності. Був автором курсу лекцій “Фізіологія рухового апарату”. У 1931 р. отримав премію ім. В.І. Леніна. Помер в блокадному Ленінграді 31 серпня 1942 р. на 68 році життя.

28 червня – 90 років від дня народження **Баруха Семюеля Бламберга**, американського лікаря і генетика. Народився в Нью-Йорку. У 1943 р. закінчив середню школу і служив у десантних військах. У 1946 р. демобілізувався. У 1946 р. закінчив Юніон-коледж в Скенехте. Вступив до аспірантури з математики в Колумбійський університет, але через рік перейшов у коледж лікарів та хірургів цього ж університету. У 1951 р. Бламберг отримав медичний диплом і став лікарем-інтерном у госпіталі Бельвю в Манхеттені. Упродовж 2 років працював у відділенні артритів Колумбійського пресвітеранського медичного центру. Далі була аспірантура в Оксфорді. Після здобутого ступеня і повернення в США – робота керівником відділу географічної медицини та генетики в Національному інституті охорони здоров'я. Від 1964 р. керував клінічними дослідженнями в Інституті дослідження раку. Від 1970 р. – професор медицини і медичної генетики Пенсільванського університету. Вивчав поліморфізм сироваткових білків людини. У 1963 р. знайшов у крові хворих гемофілією незвичний білок (антитіло) і назвав його австралійським антигеном. Розпрацював високочутливі і специфічні методи визначення вірусу гепатиту. У 1965-1970 рр. дослідив і описав біофізичні властивості антигенної структури віріона гепатиту В, клітинні і гуморальні реакції, епідеміологічні і клінічні особливості цього інфекційного процесу. У більшості осіб, які захворіли на гепатит В, виробляються антитіла проти зовнішньої білкової оболонки вірусу і людина одужує. Але один із 100 хворих стає вірусоносієм. Наявність носіїв дає можливість розробки виробництва вакцини безпосередньо з крові носіїв.

У 1976 р. Б. Бламберг разом з К. Гайдузеком отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття нових механізмів походження та поширення інфекційних захворювань”.

У 1983-1984 рр. Б. Бламберг працював професором-консультантом Оксфордського університету. Був нагороджений багатьма преміями та нагородами.

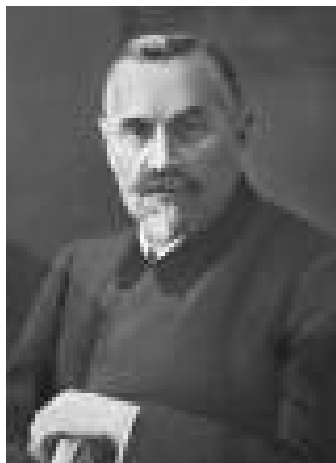
29 червня – 125 років від дня народження **Володимира Антоновича Саноцького**, російського токсиколога. У 1914 р. закінчив Військово-медичну академію. Від 1925 р. вивчав механізми дії низки токсичних речовин і займався пошуком способів лікування уражень. В 1934-1952 рр. працював в інституту патології і терапії інтоксикацій завідувачем лабораторії, заступником директора з наукової частини, а згодом – директором. У 1948 р. обраний членом-кореспондентом АМН СРСР, згодом – академік АМН СРСР. В.А. Саноцький завідував кафедрою токсикології Ветеринарної академії і в Центральному інституті удосконалення лікарів, де він читав курс токсикології радіоактивних речовин. В останні роки займався дослідженнями в галузі патології і експериментальної терапії уражень радіоактивними речовинами. Помер у 1965 р. на 75 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Струс О. Шуліславскі Адам Богдан / О. Струс, М. Надрага, А. Гудзь // 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. 362-363.
2. Гжегоцький М. Вежуховскі Мечислав / М. Гжегоцький, С. Гордій, І. Білинська // 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. 43.
3. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Лешли Карл Спенсер]. – С.368.
4. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Ру Вильгельм]. – С.540.
5. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Дейл Генри Халлет]. – С. 217.
6. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Борде Жюль]. – С. 205.
7. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Юнусов Адхам Юнусович]. – С.732.
8. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Уэллер Томас Хакл]. – С.645.
9. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Жакоб Франсуа]. – С.244.
10. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Лаверан Шарль]. – С. 214.
11. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Фолькман Альфред Вільгельм]. – С. 53.
12. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Вебер Эрнст Генрих]. – С.123.
13. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Дюкло Пьер Эмиль]. – С. 239.
14. Корнянский Г. Роздольский Иван Якович / Г. Корнянский // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.274: Профилактика-Реверден. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1962. – С. 856-857.
15. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Ухтомский Алексей Алексеевич]. – С. 644.
16. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Бламберг Барух]. – С. 40-42.
17. БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.29: Рушия-Серотерапия. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1963. – 1216 с. – Из содерж.: [Саноцкий Владимир Антонович]. – С.363.

СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ СПАСОКУКОЦЬКИЙ

До 145 річчя від дня народження



Сергій Іванович Спасокукоцький народився в Костромі 10 червня 1870 р. в сім'ї земського лікаря Івана Васильовича. Мати Сергія Івановича, Ольга Абрамівна, була останньою представницею древнього роду князів Шелеспанських. За сім років подружнього життя Ольга Абрамівна народила чотирьох дітей, це підірвало здоров'я і туберкульоз дуже швидко забрав її життя. Батько одружився другий раз і нова дружина Стефанія Іванівна полюбила дітей і замінила їм маму. Але через сім років туберкульоз забрав у Івана Васильовича і другу дружину. Батько залишився із 7-ма дітьми. Виховання дітей повністю лягло на плечі батька і проходило в спартанському дусі.

У 1888 р. Сергій Спасокукоцький подав заяву на медичний факультет Московського університету. В студентські роки він працював фельдшером в лікарні, допомагаючи батькові утримувати велику сім'ю. Під час епідемії тифу поїхав добровольцем загону Червоного Хреста на боротьбу з тифом. Лікував хворих в тяжких умовах, заразився тифом і важко захворів. На допомогу сину приїхав Іван Васильович і хвороба відступила. Не дивлячись на перерву в заняттях, Сергій Іванович восени 1893 р. успішно здав іспити. Після закінчення навчання рада професорів рекомендувала С.І. Спасокукоцького позаштатним ординатором в хірургічну клініку професора П.П. Левшина. Оскільки ця посада не оплачувалася, приходилося додатково працювати. Молодий лікар почав працювати на будівництві Архангельської залізниці в невеличкій лікарні: лікував хворих, керував будівництвом лікарні, закупував провізію для лікарні. Темою своєї докторської дисертації С.І. Спасокукоцький обрав "Костная пластика при ампутации конечностей".

У 1897 р. розпочалася греко-турецька війна і С.І. Спасокукоцький в складі загону Червоного Хреста виїхав у Константинопіль, далі в Форсалу, де відбувалися бойові дії. На цій війні він вперше застосував свої знамениті 8-подібні шви.

С.І. Спасокукоцький почав працювати в Смоленській губернській земській лікарні з 2 вересня 1897 р. Йому було лише 27 років. Він був завідувачем хірургічного відділення на 40 ліжок. За 1898 р. в земській лікарні Сергій Іванович зробив 69 операцій з приводу гриж. Такої кількості подібних операцій не мали клініки в столиці.

Наступним етапом удосконалення хірургічної майстерності були операції на шлунку. За перші 2 роки праці в галузі шлункової хірургії С.І. Спасокукоцький зробив 8 операцій, з яких 5 хворих були онкологічного профілю в стані вираженого виснаження і 4 пацієнти померли. Наступна робота була більш вдалою: з 23 пацієнтів лише 1 смерть.

У 1902 р. С.І. Спасокукоцький поїхав у Гейдельберг, до професора Черні, де розпрацьовувалися питання хвороб печінки і прямої кишки. Після ознайомлення з німецькою хірургічною школою, вирушив до Лозанни, до професора Ру. Згодом було знайомство з хірургічною клінікою Берлінського університету, де кафедрою керував Е. Бергман, який розробив основні положення асептики. Далі – поїздка в Мюнхен та Відень.

У 1903 р. було зроблено 142 операції з приводу гриж. Сергій Іванович удосконалив спосіб Жирара і він ввійшов у хірургічну практику під назвою способу "Жирара-Спасокукоцького". У 1904 р. розпочалася російсько-японська війна. На чолі загону Червоного Хреста С.І. Спасокукоцький відправився на Далекий Схід. Тяжко працював з надією, що ця війна швидко

закінчиться. В 1905 р. на ІХ Пироговському з'їзді С.І. Спасокукоцького доповідав про 81 випадок гастроентеростомії. Цифри грандіозні на той час. У 1907 р. на VII хірургічному з'їзді він повідомив про 270 шлункових операцій, в т.ч. 220 гастроентеростомій і 34 резекції шлунку.

У 1909 р. С.І. Спасокукоцький очолив хірургічне відділення Саратовської міської лікарні. Весною 1911 р. – ректор Саратовського університету проф. В.І. Разумовський відправився у Петербург, до міністра просвіти Кассо з проханням підтримати кандидатуру С.І. Спасокукоцького на посаду професора кафедри госпітальної хірургії. Саме в Саратові розпочалася активна боротьба Сергія Івановича за життя хворих раком шлунку шляхом резекції шлунку. Одночасно із шлунковою хірургією він працював і над хірургією кишківника.

В Саратові С.І. Спасокукоцький почав розпрацьовувати нову главу хірургії – хірургію мозку.

4 січня 1911 р. С.І. Спасокукоцький зробив одну з перших в Росії операцій з приводу пухлини мозочка. З початком I Світової війни його цікавість до нейрохірургії зростає. У 1915 р. він як хірург-консультант потрапив на Південно-Західний фронт. На фронті С.І. Спасокукоцький запропонував закритий спосіб лікування вогнепальних ран черепа.

1917 р. Росія охоплена революцією. Націоналізовано Сміслово – місце, яке слугувало для літнього відпочинку всієї сім'ї. Націоналізований будинок в Саратові. Хвилювали вченого війна, голод, епідемії. У 1920 р. стояла нестерпна жара, все навколо вигоріло. Насувався страшний голод Поволжжя. Прийшлося купити корову, яка спасала сім'ю і близьких людей від голоду. Саратовський губернський відділ охорони здоров'я прийняв рішення організувати травматологічний інститут. С.І. Спасокукоцький став першим директором Саратовського травматологічного інституту. Згодом він зацікавився проблемою хірургічного лікування ехінококозу печінки. Новою галуззю хірургії, за розробку якої взявся Сергій Іванович в Саратові, була хірургія легень. У 1924 р. почалися роботи по переливанню крові у хірургічних хворих.

У 1925 р. С.І. Спасокукоцького запросили переїхати працювати в Москву. Він відмовився, але запрошення продовжувалися і він дав згоду. Від 1926 р. вся робота Сергія Івановича пов'язана з Москвою. Він був рекомендований на посаду завідувача кафедри факультетської хірургії II Московського університету. Вчена рада Університету підтримала кандидатуру нового завідувача кафедри.

Боротьба з нагноєннями ран в клініці Спасокукоцького зупинилася на позначці 3%. Але 3% все ж залишилися. Прийшлося вирішувати цю проблему. Застосування нашатирного спирту при підготовці рук хірурга показало кращі результати, ніж звичайне застосування мила, теплої води і спирту.

Від 1927 р. в клініці перейшли на новий спосіб підготовки рук хірурга з використанням нашатирного спирту. Цей спосіб отримав назву “спосіб Спасокукоцького-Кочергіна”. У 1933 р. лікарі Москви урочисто відзначили 40-річчя наукової, лікарської і громадської діяльності Сергія Івановича. У 1934 р. йому було присвоєно почесне звання “Заслуженого діяча науки РРФСР”.

С.І. Спасокукоцький брав активну участь в організації Центрального інституту переливання крові, очолив хірургічне відділення цього інституту (1927-1943). У 1937 р. вийшла його праця “Хирургия гнойных заболеваний легких и плевры”. В квітні 1939 р. С.І. Спасокукоцький в Московському хірургічному товаристві зробив доповідь про актиномікоз легень. В 1940 р. вийшла з друку книга “Актиномикоз лёгких”, яка у 1942 р. отримала Сталінську премію I ст. В травні 1942 р. Сергія Івановича було обрано академіком АН СРСР.

С.І. Спасокукоцький створив потужну вітчизняну школу хірургів: О.М. Бакулев, Є.Л. Березов, О.В. Гуляєв, В.І. Казанський, І.Г. Кочергін, Б.Е. Лінберг.

Вчений був автором 143 наукових праць, в т.ч. 3 монографій. Нагороджений орденами СРСР. Був членом Правління Всесоюзного товариства хірургів, редактором журналу “Новый хирургический архив”, членом редколегій низки журналів.

В 1943 р. здоров'я Сергія Івановича погіршилося і 17 листопада 1943 р. вчений помер на 74 році життя. Ім'я С.І. Спасокукоцького присвоєно факультетській клініці 2-го ММІ ім. М.І. Пирогова.

ЛІТЕРАТУРА

1. Спасокукоцкая М.Г. Жизнь и деятельность С.И. Спасокукоцкого (1871-1943) / М.Г. Спасокукоцкая. – М.: Медгиз, 1960. – 260 с.
2. Богорад И.В. Спасокукоцкий Сергей Иванович / И.В. Богорад // БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.24: Собаки-Струна. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1976. – С. 288.
3. УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.10: Салют-Стоговіз. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1983. – 544 с. – Зі змісту: [Спасокукоцький Сергій Іванович]. – С. 447.
4. Бакулев А.Н. Спасокукоцкий Сергей Иванович / А.Н. Бакулев // БМЭ в 30 т. / гл. ред. Б.В. Петровский. – Т.24: Сосудистый шов-Тениоз. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1985. – С. 84.
5. Визначні імена у світовій медицині / за ред. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Спасокукоцький Сергій Іванович]. – С. 194.
6. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Спасокукоцький]. – С. 104.

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 40 (106)

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 30.06.2015
Формат 60*84/8. Папір офсетний
Гарнітура Times New Roman
Друк цифровий.
Ум. друк. арк. 7.44. Фіз. друк. арк. 8
Наклад 90 прим.