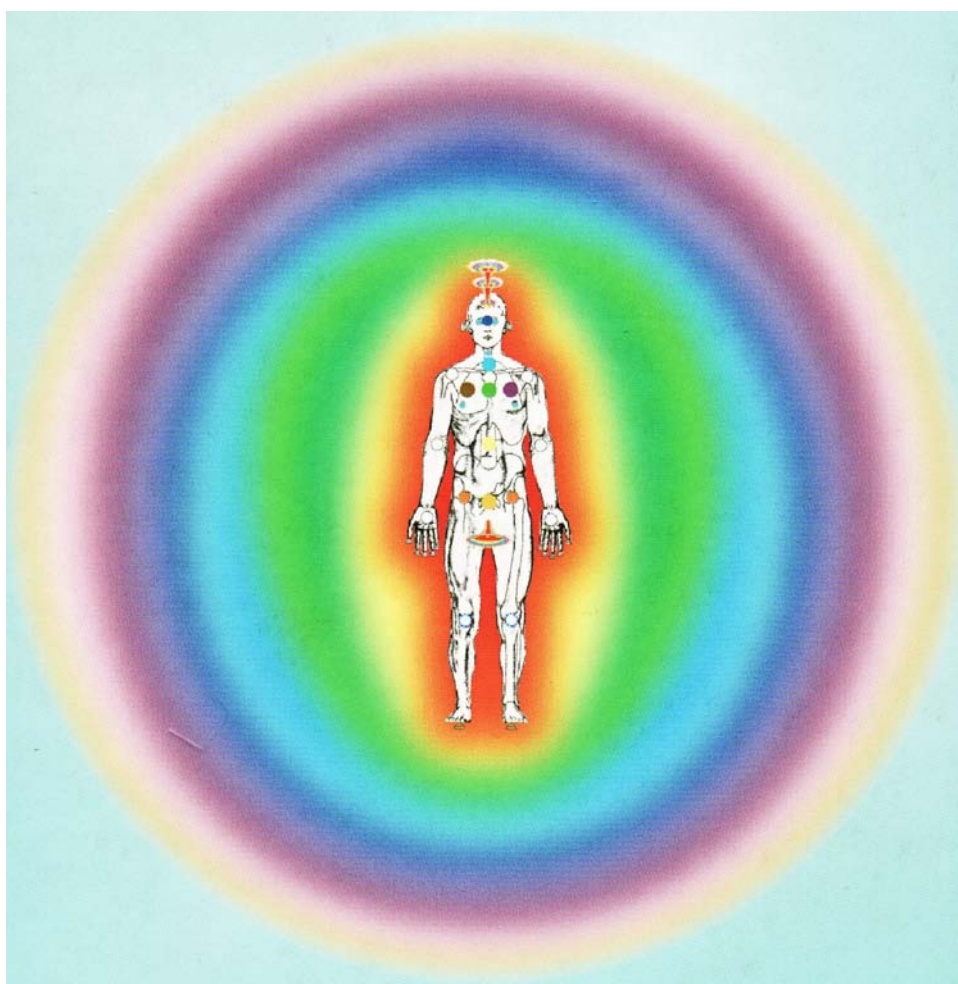


**Західний центр енергоінформаційних наук  
Українська Міжнародна академія  
профілактичної медицини НТШ**

# **ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ**



**Збірник наукових праць  
Випуск 17 (83)**

**Львів 2013**

УДК:613 (082)  
ББК 52.201  
Ф423

#### **Редакційна колегія:**

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

#### **Редакційна рада:**

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

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

**Феномен людини. Здоровий спосіб життя [Текст]: зб.наук.ст. / За ред. доц. Ю.М. Панишка.** – Львів, 2013. – Вип. 17. – 58 с.

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

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

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

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

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

## ЗМІСТ

Відомості про авторів.....		4
Білинський Б.Т., Тріль О.В.	Організаційні помилки в скринінгу групи підвищеного ризику онкологічних захворювань і моніторингу реконвалесцентів після радикальних операцій .....	5
Васильчук А.Л.	Медулярна чакра .....	8
Малярська Н.В., Боженко Н.Л., Кузьмінський А.П., Малярська Я.В., Боженко М.І.	Судинна деменція: особливості патогенезу, клініки та діагностики .....	15
Проданчук О.М.	Демографічна ситуація в Україні .....	19
Слінько О.О.	Комплексне дослідження опорно-рухового апарату учнів Львівських шкіл .....	24
Томашевський Я.І., Бумбар О.І., Бумбар З.О.	Сім заповідей Античного світу та 50 уроків життя від Р. Бретт .....	27
<b>ХРОНІКА</b>		
Редколегія	Поздоровлення ювілярів .....	30
Панишко Ю.М., Метельська Л.С.	Хроніка липня. Ювілейні дати вітчизняних лікарів та вчених .....	31
Томашевський Я.І., Чоп'як В.В., Федоров Ю.В., Панишко Ю.М.	Сергій Васильович Комісаренко До 70-річчя від дня народження .....	36
Федоренко В.І., Панишко Ю.М.	Михайло Георгійович Шандала. До 85-річчя від дня народження .....	39
Панишко Ю.М.	Борис Тарасович Білинський. До 80-річчя від дня народження .....	42
Панишко Ю.М., Метельська Л.С.	Хроніка липня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених .....	45
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л.	Клод Бернар. До 200-річчя від дня народження .....	54
Редколегія	Інформаційний матеріал .....	57

## Відомості про авторів

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

**Боженко Мирослав Ігорович** – студент Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**Боженко Наталія Леонідівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**Бумбар Зиновія Олегівна** – лікар стоматолог, старший лаборант кафедри терапевтичної стоматології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

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

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

**Кузьмінський Андрій Павлович** – лікар невролог клінічної лікарні Львівської залізниці.

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

**Малярська Ярина Василівна** – лікар-інтерн 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.

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

**Проданчук Олена Миколаївна** – лікар-інфекціоніст ДЗ “Дорожня поліклініка” ДТГО “Львівська залізниця”.

**Слінько Оксана Орестівна** – керівник Міжнародного центру корекції постави “Академія Грація” (Львів).

**Томашевський Ярема Ілліч** – доктор медичних наук, професор кафедри ендокринології та клінічної фармакології, Заслужений професор Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**Тріль Орест Володимирович** – завідувач організаційно-методичним кабінетом Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру.

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

**Федоров Юрій Володимирович** – доктор медичних наук, професор кафедри внутрішньої медицини №2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, проректор з наукової роботи Львівського медичного інституту.

**Чоп'як Валентина Володимирівна** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри клінічної імунології та алергології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПОМИЛКИ В СКРІНІНГУ ГРУПИ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ  
ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ І МОНІТОРИНГУ РЕКОНВАЛІСЦЕНТІВ  
ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ**

*Стаття присвячена окремим питанням організації виявлення хворих з онкопатологією і аналізу невдач ранньої діагностики. Розглядаються також реабілітаційні заходи щодо онкологічних реконвалесцентів.*

*Ключові слова: лікар, скринінг, онкологічні захворювання, реконвалесценти, організаційні помилки.*

*В статье рассматриваются отдельные вопросы организации выявления больных с онкологией, а также причины неудовлетворительной ранней диагностики. Дискутируются принимаемые меры реабилитации касательно онкологических реконвалесцентов.*

*Ключевые слова: врач, скрининг, онкологические заболевания, реконвалесценты, организационные ошибки.*

*The paper deals with the organizational measures in diagnostics of the early cancer causes. The failures in this direction are debated. The rules of oncological patients' rehabilitation are discussed.*

*Key words: doctor, screening, cancer, rekonvalestsenty, organizational errors.*

Для раннього виявлення онкологічних патологій, що є засадничою метою онкологічної служби, організаційні заходи мають принципове значення. Тому помилки в організації таких заходів можуть впливати на результати як діагностики, так і лікування хворих з передпухлинними і пухлинними захворюваннями. Помилки організаційного характеру трапляються на всіх рівнях проходження потенційних онкологічних хворих: під час профілактичних оглядів населення, при огляді пацієнтів в лікарських кабінетах поліклінік, при уточненні діагнозу в районних і обласних стаціонарах загальної мережі і навіть у спеціалізованих онкологічних установах. Є часті неузгодження при взаємодії і послідовності дій лікарів, що працюють на різних ланках охорони здоров'я чи представляють різні спеціальності. Наслідком таких помилок є низький процент раннього виявлення онкологічних захворювань, низька резектабельність в онкохірургічних відділеннях, недостатньо високий відсоток добрих віддалених результатів лікування. Тому необхідно добиватися постійного удосконалення організаційних форм активного виявлення, точної діагностики і ефективного лікування різних локалізацій онкологічної патології.

Систематичні профілактичні огляди організованого населення поступово відходять у минуле і замінюються одноразовими «акціями» - наприклад поголовної мамографії чи пошуку патологічних змін шкіри(особливо меланом). Акцент на одному методі чи тільки на одній локалізації позбавляє профілактичний захід системності і часто зводиться до формального відбування повинності. Формальне відношення до профілактичних оглядів окремих медичних працівників, їх незацікавленість у

результатах ведуть до нераціонального використання матеріально-технічних ресурсів і зводять нанівещь раціонально задуману справу. Тому за останні роки у Львівській області при профілактичних оглядах виявлено тільки 26% від тих, кого вперше зареєстрували зі злоякісними пухлинами, а при окремих локалізаціях результати ще гірші (рак легенів 21.8%, рак шлунка 0%, рак простати – 8%).

Необхідно змінити принципове відношення медиків до справи ранньої діагностики. Завданням онкологів, особливо кафедри онкології післядипломного навчання є інформувати лікарську громадськість про реальні і доступні методи діагностики ранніх форм раку і методу їх проведення. Необхідно усвідомити, що дрібнокадрова флюорографія не покращує ранньої діагностики раку легенів, що рекомендації повторювати мамографії часто не є раціональними, що пальцеве дослідження прямої кишки є дуже інформативним і легкодоступним методом діагностики раку прямої кишки, хоча і не застосовується у світі для ранньої діагностики цього типу раку, що застосування сучасного імунохроматографічного тесту на приховану кров у калі (наприклад, Cito-FOB) як і PAP-тесту значно покращує ранню діагностику пухлин травного тракту і шийки матки. Необхідно пропагувати самообстеження і навчати населення способу і часу його проведення. Є багато можливостей покращити ситуацію з раннім виявленням онкологічної патології, треба тільки вміло і сумлінно виконувати покладені на нас обов'язки.

До організаційних заходів належить також медична і соціальна реабілітація онкологічних хворих, а також тривале диспансерне спостереження за ними, чи так званий «моніторинг». Основна мета реабілітації – відновити, по можливості, соціальні функції колишнього онкологічного пацієнта і повернути його до повноцінного життя. Реабілітація онкологічного хворого - це багатоетапний процес, який включає діагностику, оптимальний вибір лікування і відновлення соціально важливих функцій особи.

Помилки, які трапляються в цьому аспекті стосуються, як несвочасного діагнозу, що унеможливує оптимальне лікування, яке забезпечить максимально можливу функціональну повноцінність хворого, так і неправильного вибору об'єму лікування – недостатнього чи надмірного. В процесі післяопераційного моніторингу недостатньо використовують сучасні реабілітаційні можливості. В свій час в інструкціях, що регламентували скерування на санаторно-курортне лікування серед протипоказів значилося: «Наявність злоякісних пухлин». Керуючись цим пунктом недалекі чиновники поголовно відмовляли онкологічним реконвалесцентам в санаторно-курортному лікуванні. В той же час було ясно, що хворі після резекції шлунку чи кишки отримують користь від лікування на курорті типу Моршина. На кафедрі онкології Львівського медінституту під керівництвом професора А. Гнатишака було виконано ряд робіт, які довели, що вищевказаний пункт інструкцій не відноситься до реконвалесцентів, у яких на даний час немає злоякісної пухлини, бо вона видалена під час радикальної операції, тобто, що такі хворі підлягають санаторно-курортному лікуванню.

Треба зважити не тільки на клінічну користь для реконвалесцентів після резективної хірургії від такої реабілітації, але і на психологічний ефект, коли людина відчула себе повноцінною і в неї з'явилася мета боротися за повне відновлення своїх фізичних і психічних можливостей.

Організаційні помилки трапляються і при роботі МСЕК (медико-санітарна експертна комісія), працівники якої не завжди в стані оцінити усі прогностичні показники хворого, вплив наявної патології на можливість виконання конкретної роботи (бухгалтера чи шахтаря). Часто недооцінюється функціональний стан життєво важливих органів, не пов'язаний з основним(онкологічним) захворюванням.

Мені відомий випадок, коли МСЕК за рядом об'єктивних параметрів настоювала на II групі інвалідності у викладача-науковця, який міг успішно вести наукову роботу і керувати дисертантами, не обов'язково щоденно відвідуючи університет. Він був здатний до повноцінної роботи при створенні відповідних умов, а II група інвалідності позбавляла його права на працю. Тільки наполегливе втручання примусило МСЕК змінити своє рішення і визнати дану особу інвалідом III групи, тобто з обмеженою працездатністю.

Це особливий випадок, але, зазвичай, ситуація має діаметрально протилежний характер і хворі вимагають II чи навіть I групи, з чим МСЕК не завжди згідна. Треба пам'ятати, що справа визнання людини інвалідом після онкологічної патології вимагає не тільки суто медичного підходу згідно з інструкціями, а й тонкого психологічного розуміння особистості, його життєвих цілей та стосунків з суспільством. Неуважне ставлення до реконвалесцентів після лікування онкологічних захворювань може призвести до соціальної дезадаптації особи: в одних випадках не використовуються наявні можливості людини, в інших, навпаки, створюються важкі для реконвалесцента умови роботи, які нівелюють результати трудової, психологічної і соціальної реабілітації.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Онкологія. За ред. Б. Білинського, Ю. Стернюка, Я. Шпарика. – К., Здоров'я, 2007. – 528 с.
2. Алгоритмы современной онкологии / Под ред. И. Щепотина, Г. Бондаря, В. Ганука. – К.: Книга плюс, 2006.
3. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено МОЗ України. – К., 2007. – 200 с.

## МЕДУЛЯРНА ЧАКРА

*Впервые у світі даються основні еніоанатомічні характеристики медулярної чакри*

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

*Впервые в мире представлены основные эниоанатомические характеристики медулярной чакры*

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

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

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

Продовження з випуску 43-66 Здоровий спосіб життя

Збірник наукових статей

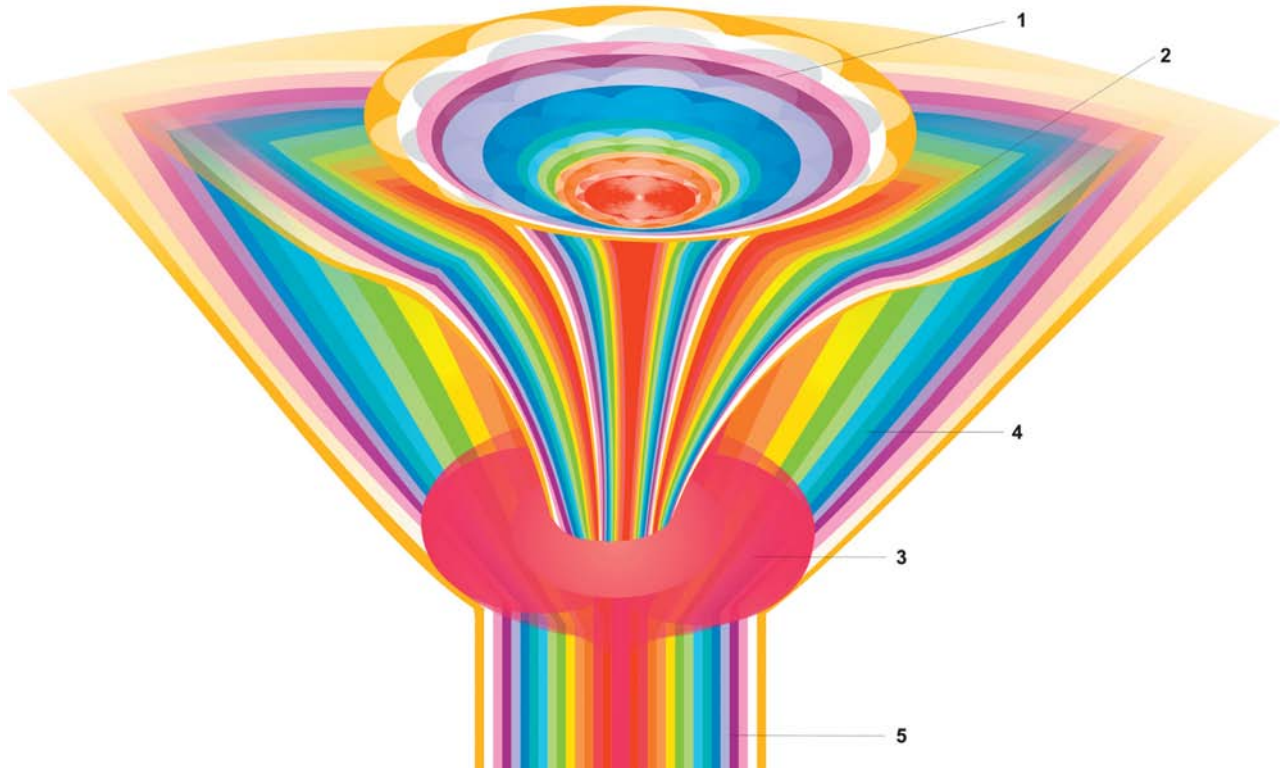
З випуску 1-8 (74), 11-16 (77-82) Феномен людини. Здоровий спосіб життя

**Медулярна чакра** є сукупністю двохпелюсткових порожнистих конусів, телескопічно розміщених і з'єднаних до інтегральної багаторівневої структури тонкоматеріальних тіл (Мал. 1, 2).

**Еніоанатомічна характеристика** медулярної чакри:

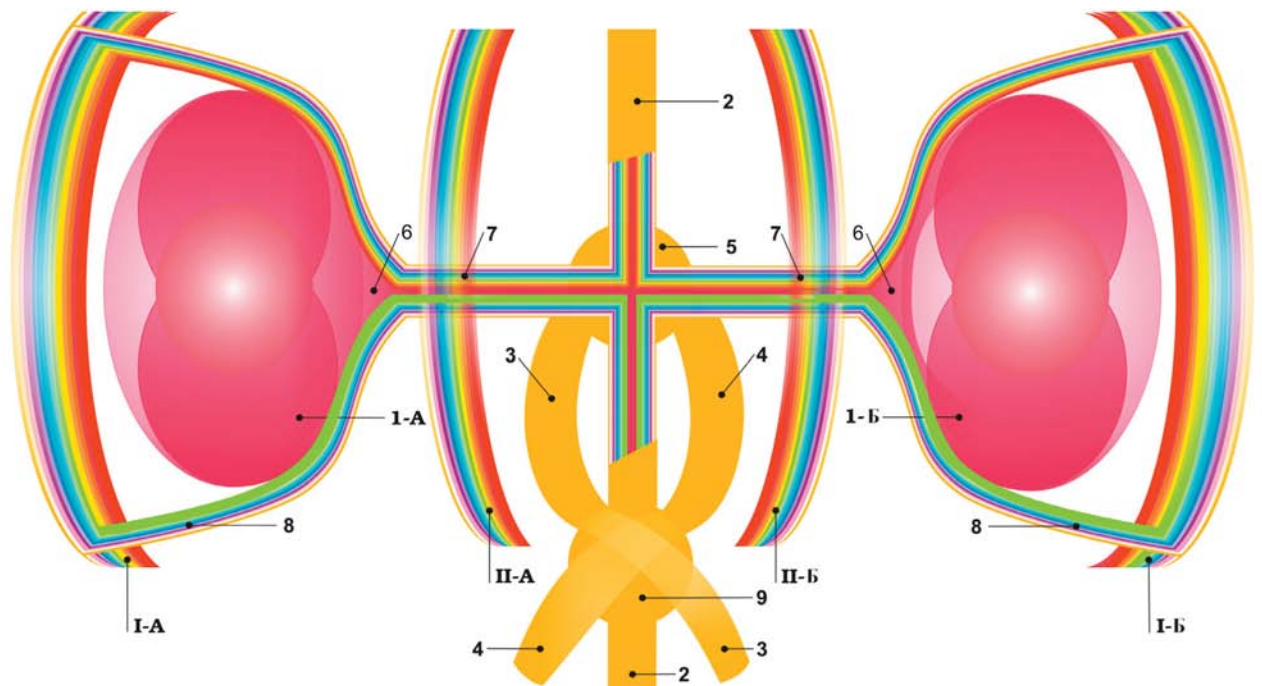
1. За своєю участю у будові системи каналів відноситься до **основних** чакр тому, що вона бере участь у побудові основи меруданди, іди та пінгали, де утворює 45-ти оболонково-шарові основи, а також бере участь у будові основи сушумни, де утворює середній медулярно-сушумновий сегмент, котрий огортає аджно-сушумновий, вішудхо-сушумновий, анахато-сушумновий, маніпу-сушумновий, свадхістхано-сушумновий і муладхаро-сушумновий сегменти. Це найважливіша анатомічна структурна ознака, за якою чакру відносять до основних. Мікроканали медулярної чакри беруть участь у будові очних, вушних і носових каналів, ротового каналу, додаткових структур правого зіркового каналу, лівого зіркового каналу, усіх меридіанів, зокрема меридіану товстого кишечника, шлунка, селезінки-підшлункової залози, тонкого кишечника, сечового міхура, трьох обігрівачів, жовчного міхура, печінки, заднього серединного і переднього серединного, чакрової автономної медулярної системи каналів, чакрової системи, підсистеми і ультрасубсистеми каналів та мікроканалів.
2. З точки зору функціонального значення, вона належить до **основних** чакр тому, що своїм функціонуванням створює інформаційно-енергетичну основу філогенетичного і онтогенетичного розвитку людини і безперервно доповнює новими інформаціями, мікрочастками, світлом та енергіями морфогенез фізичного тіла та інформаційно-енергетичний генез тонкоматеріальних тіл. Це найважливіша функціональна ознака, що відносить чакру до основних. Стовідсоткова компенсація функціональних ознак медулярної чакри неможлива будь-якою іншою чакрою, навіть найвищими духовними чакрами. На інформаційно-енергетичній основі чакри може виникнути нове, рубінове тонкоматеріальне тіло.
3. З точки зору будови чакрового конуса, вона належить до **сегментарних** чакр. Кожний чакровий конус має 2 пелюстки і цілком чакра має 30 пелюсток (15 x 2). Кожній пелюстці чакрового конуса медулярної чакри відповідає звукова вібрація мантр **ХАІ**, **КШАІ**, чакрі в цілому мантр **ОМ** і **АУМ**.





**Мал. 1. Аджново-медулярна чакрова структура:**

*1 – аджна; 2 – оболонкові мікроканали зовнішніх оболонок тонкоматеріальних тіл, які утворюють структуру аджни чакри; 3 – медулярна чакра; 4 – оболонкові мікроканали зовнішніх оболонок тонкоматеріальних тіл, які утворюють структуру медулярної чакри; 5 – вершини аджни і медулярної чакр.*



**Мал. 2. Структурна композиція медулярної чакри, меруданди, іди, пінгали, анастомозних вузлів, внутрішніх і зовнішніх оболонок тонкоматеріальних тіл:**

*1А – медулярна чакра, передня частина; 1Б – медулярна чакра, задня частина; 2 – меруданда; 3 – пінгала; 4 – іда; 5 – верхній аджновий анастомозний вузол; 6 – мікроканали медулярної чакри; 7 – оболонкові мікроканали внутрішніх оболонок тонкоматеріальних тіл; 8 – оболонкові мікроканали зовнішніх оболонок тонкоматеріальних тіл; 9 – свадхістхановий проміжний вузол; 1А–Б – зовнішні оболонки тонкоматеріальних тіл: 1А – спереду; 1Б – ззаду; ІІА–Б – внутрішні оболонки тонкоматеріальних тіл: ІІА – спереду; ІІБ – ззаду.*

4. Відповідно до локалізації передня і задня частини чакри належить до чакр **голови**. У деяких випадках, якщо вершина задньої частини локалізована на першому і другому шийних хребцях, то відноситься до чакр **ший**. Спостерігається, що чим більше людина духовно розвинута, тим вище локалізується вершина задньої частини чакри, а саме в місці розміщення центру дихання в довгастому мозку.
5. Відповідно орієнтації основи чакрових конусів чакри у просторі вона відноситься до **фронтально орієнтованих** тому, що основи її чакрових конусів орієнтовані фронтально, передньої частини чакри спрямовані вентралью, а задньої частини – дорзально.
6. За величиною діаметра розкритого базового внутрішнього (рубіново-червоного) конуса чакри вона відноситься до **великих** чакр тому, що повністю розкритий базовий конус має діаметр 6-8 см і більше.
7. За кількістю, відноситься до **непарних** чакр тому, що в тонкоматеріальних тілах не існує жодна подібна їй чакра. Це є **комбінована** чакра, тому що вона складається з двох ідентичних частин передньої і задньої.

Чакра розміщується в просторі біля фізичного тіла за аджною чакрою. Її вершини можуть бути локалізовані подібно як чакри аджни або в центрі дихання довгастого мозку, в такому випадку медулярна чакра не є розміщена симетрично за аджною чакрою. За локалізацією вершини чакри можна визначити духовний розвиток людини. Її вершини з'єднуються із сушумною у місці, де починається меруданда, іда, пінгала, і де утворюється аджно-медулярний анастомозний вузол з'єднання, створений сушумною, мерудандою, ідою, пінгалою, вершинами передньої та задньої частини медулярної чакри, чакри аджни, камешвара-камешвари, сахасрари, магами та ін. чакр. Вершини чакри не тільки утворюють медулярно-сушумновий сегмент і основи меруданди, іди та пінгали, але й беруть участь в утворенні додаткових структур правого зіркового каналу, лівого зіркового каналу, меридіанів, очних, вушних, носових каналів та ротового каналу.

Чакра своїми мікроканалами з'єднується з усіма основними, життєво важливими і з більшістю функціонально забезпечувальних чакр, і тим самим стає невід'ємною складовою чакрової системи. Її мікроканали утворюють автономну медулярну систему мікроканалів. Медулярні мікроканали з'єднуються з вихідними сушумновими, мерудандовими, ідовими, пінгаловими, зірковими, оболонковими, меридіановими і чакровими мікроканалами інших чакр і, таким чином, беруть участь у створенні інтегральної системи каналів, яка складається з медулярно-сушумнової, медулярно-мерудандової, медулярно-ідової, медулярно-пінгалової, медулярно-правозіркової, медулярно-лівозіркової, медулярно-оболонкових, медулярно-меридіанових і медулярно-чакрових субсистем. При цьому слід пам'ятати, що медулярно-оболонкових, медулярно-меридіанових та медулярно-чакрових субсистем існує стільки, скільки є оболонок, меридіанів і чакр. Медулярних субультрасистем існує стільки, скільки є структур організму і тонкоматеріальних тіл. У кожній медулярній системі мікроканалів відбувається циркуляція, транспортування, перерозподіл і утворення специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій усіх природних діапазонів електромагнітного спектра, зокрема нейтральної космічної прани рубінового кольору та інформаційного змісту керованої сили і адекватного прояву пси-феноменальних здібностей.

Чакра має дві ідентичні частини – передню і задню. Передня і задня частини функціонують як цілісна структура, але можуть функціонувати автономно, інтегрально, одночасно, в одному або різних режимах з активністю і пасивністю різних чакрових конусів. Причому, таке функціонування може відбуватися в однакових структурно-функціональних станах і режимах функціонування чакрових конусів чакри аджни.

У світовій літературі існує думка, що чакра має рубіновий колір, що частково відповідає дійсності. Кожен чакровий конус чакри має два кольори. Його пелюстки рубінового кольору, зовнішні і середні оболонки конусів мають колір, який відповідає кольору тонкоматеріального тіла: 1 – внутрішній, базовий чакровий конус медулярної чакри, має рубіновий і червоний колір; 2 – середній, який огортає базовий конус, має рубіновий і світлосяючий червоний колір; 3 – середній, який огортає 2 конус, має рубіновий і оранжевий колір; 4 – середній, який огортає 3 конус, має рубіновий і світлосяючий оранжевий колір; 5 – середній, який огортає 4 конус, має

рубіновий і жовтий колір; 6 – середній, який огортає 5 конус, має рубіновий і зелений колір; 7 – середній, який огортає 6 конус, має рубіновий і світлосяючий зелений колір; 8 – середній, який огортає 7 конус, має рубіновий і блакитний колір; 9 – середній, який огортає 8 конус, має рубіновий і бірюзовий колір; 10 – середній, який огортає 9 конус, має рубіновий і синій колір; 11 – середній, який огортає 10 конус, має рубіновий і бузковий колір; 12 – середній, який огортає 11 конус, має рубіновий і фіолетовий колір; 13 – середній, який огортає 12 конус, має рубіновий і рожевий колір; 14 – середній, який огортає 13 конус, має рубіновий і білий колір; 15 – зовнішній, який огортає 14 конус, має рубіновий і золотий колір.

**Елемент чакри** – космічна рубінова прана, **потреба** – інформаційно-енергетична єдність із Всесвітом, **головний принцип** – псі-феноменальна адекватність, **духовний аспект** – співвідношення духовності людини, Землі, Всесвіту і духовного Буття, **психічна потреба** – надійність, контроль і управління, **емоції** – довіра, псі-феноменальне переконання і точність.

Інформаційно-енергетично забезпечує, посилює, контролює і управляє інформаційно-енергетичними процесами: **повністю** – бузкового, синього, бірюзового, блакитного, світлосяючого зеленого, зеленого, жовтого, світлосяючого оранжевого, оранжевого, світлосяючого червоного і червоного тонкоматеріальних тіл, чакри лалата, лобної, очної, вушної, щитоподібної залози, вішудхи, анахати, маніпури, свадхістхани і муладхари, всіх життєво важливих і функціонально забезпечувальних чакр, макро-, мікро-, ультра- і субультраанатомічних структур фізичного тіла; **частково** – тільки інформаційно-енергетично забезпечує і посилює процеси фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, чакр камешвара-камешвари, сахасрари і магатми.

Специфічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми і субстанції чакри допомагають ефективному і керованому прояву усіх властивостей, особливостей, здібностей, функцій, функціональних можливостей і, передусім, псі-феноменальності людини в гармонії з духовністю. Розвинута чакра створює високоспецифічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми і субстанції, які уможливають людині свідомо контролювати і тонко управляти псі-феноменальними здібностями, які проявляються великою силою, і тому потрібне їх прогресивне і духовне спрямування на виховання, навчання, лікування, регенерацію, реабілітацію, рекондицію, гармонізацію людини та багато ін.

### **Еніоанатомічна норма медулярної чакри**

Розвинута до структурно-функціональної норми медулярна чакра забезпечує інформаційно-енергетичні процеси всіх органів фізичного тіла, усіх структур тонкоматеріальних тіл, особливо чакр, сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів і меридіанів необхідними інформаціями, мікрочастками, світлом, енергіями і специфічними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами від рубінової космічної прани. Медулярна чакра, на відміну від чакр аджни, вішудхи, анахати, маніпури, свадхістхани та муладхари інформаційно-енергетично уможливує людині доступ до більш високочастотних духовних інформаційно-енергетичних матерій рубінової космічної прани, які є ідентичні людині і відповідають її філогенетичному, онтогенетичному, інтелектуальному, ментальному, емоціональному, духовному і псі-феноменальному розвитку. При оптимально збалансованому і гармонійному функціонуванні у різних режимах розкритих чакрових конусів медулярної чакри поглинаються такі інформаційно-енергетичні матерії, які дають можливість людині свідомо контролювати ефективність і силу проявів усіх псі-феноменальних здібностей. Людина має можливість доступу не лише до рубінової космічної прани, але може отримувати потрібну кількість інформаційно-енергетичних матерій, необхідних для інформаційно-енергетичного впливу на неживу матерію в умовах Землі і Всесвіту, і набути здатності спілкуватися і комунікувати з усім тим, що містить у собі рубінову космічну прану, що допомагає її еволюційному розвитку.

Медулярна чакра трансформує нейтральну рубінову космічну прану на прану індивідуальної людської особистості (сонячну енергію) і сому (місячну енергію). У внутрішньопелюсткових сітках субультраканалів, у пелюсткових мікроканалах і у порожнині

правої пелюстки утворюється специфічна життєва інформаційно-енергетична біоплазма індивідуальної особистості (прана індивідуальної людської особистості), а у структурах лівої пелюстки – специфічна життєва інформаційно-енергетична біоплазма – сома. По медулярних мікроканалах сома спочатку направляється до чакр камешвара-камешвари, сахасрари, махатми, лалати, до очних, вушних, лобної чакри, до сушумни, меруданди, іди, пінгали, до очних, вушних і носових каналів, до ротового каналу, до меридіанів товстого кишечника, шлунка, селезінки-підшлункової залози, тонкого кишечника, сечового міхура, трьох обігрівачів, жовчного міхура, печінки, заднього серединного і переднього серединного, а також до інших меридіанів, правого зіркового каналу, лівого зіркового каналу та оболонкових мікроканалів. Відповідна кількість соми є також спрямована до епіфізу.

Прана індивідуальної людської особистості спочатку спрямована до меруданди, іди, пінгали, сушумни, переднього серединного меридіана, до чакр маніпури, свадхістхани, муладхари, анахати та вішудхи, а потім до всіх життєво важливих і функціонально забезпечувальних чакр, до всіх меридіанів, правого та лівого зіркових каналів і до оболонкових мікроканалів. У чакрах муладхари, свадхістхана, маніпура, анахата і вішудха специфічна життєва інформаційно-енергетична біоплазма індивідуальної людської особистості трансформується до енергії прани, апани, самани, удани і в'яни.

Сома це енергія життя і життєва сила. Специфічна життєва інформаційно-енергетична біоплазма індивідуальної людської особистості (прана) і сома у сушумні, анахатовому анастомозному вузлі і в чакрі анахаті з'єднуються і утворюють енергії інь та ян, які являються основними енергіями життєздатності і життєвої діяльності органів фізичного тіла людини.

Всебічно, гармонійно, збалансовано і універсально розвинутою медулярною чакрою необхідно користуватись обережно і тільки під наглядом досвідченого духовного учителя. Обережність є обумовлена тим, що трансформовані, модульовані і синтезовані чакровими конусами чакри специфічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми, можуть бути надзвичайно потужної сили. Неконтрольоване випромінювання специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм медулярної чакри може супроводжуватися негативним інформаційно-енергетичним впливом, деструкцією і руйнуванням зовнішнього середовища.

Медулярна чакра і чакра аджна функціонально можуть проявлятися синхронно і координовано. За допомогою розвинутих чакрових конусів медулярної чакри та при її оптимальному функціонуванні при розкритих основах поглинаються інформації, мікрочастки, світло, енергії рубінової космічної прани і мікрокосмосу, які можуть бути використані людиною для інформаційно-енергетичного впливу на неживу матерію і неживі об'єкти Землі і Всесвіту.

Структурно-функціональні стани і функціональні режими чакрових конусів медулярної чакри обумовлюють ефективність і силу свідомих проявів властивостей, особливостей, псі-феноменальних здібностей і духовності людини у фізичному, земному, космічному і духовному Бутті.

Без всебічного, гармонійного, збалансованого, універсального розвитку та оптимального функціонування різних функціональних режимів чакрових конусів медулярної чакри неможливо наповнювати людину інформаційно-енергетичними матеріями рубінової космічної прани, ефективності і сили свідомих проявів усіх псі-феноменальних здібностей. Неможливий розвиток і вдосконалення відповідної ефективності, сили, адекватності та професійного прояву псі-феноменальних здібностей у будь-яких інформаційно-енергетичних умовах.

Інформаційно-енергетичний потенціал всебічно, гармонійно, збалансовано і універсально розвинутої чакри може бути інформаційно-енергетичною основою для виникнення та еволюційного розвитку нового, рубінового тонкоматеріального тіла людини.

Медулярна чакра є мало вивчена, зовсім невідоме значення і функціональні можливості її специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм.

## **Гіпотрофія і гіпофункція медулярної чакри**

**Гіпотрофія і гіпофункція медулярної чакри** проявляється сповільненим структурно-функціональним розвитком, структурними дистрофіями, деформаціями формоструктури, функціональними порушеннями, функціональною недостатністю, енергоінформаційними блокадами, частим закриванням основ чакрових конусів, функціональною недостатністю інформацій, мікрочасток, світла, енергії з рубінової космічної прани, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій у внутрішньоконусових сітках субультраканалів і у порожнинах чакрових конусів та тривалою інформаційно-енергетичною недостатністю для ефективного і сильного прояву всіх псі-феноменальних здібностей. При цьому псі-феноменальні здібності не можуть у своєму прояві досягнути стабільності, точності та необхідної варіабельності. Їх прояв має широкий діапазон від неправдоподібного до правдоподібного, не відповідає адекватності, досить часто раптово припиняється і людина нездатна викликати, контролювати і оптимально управляти псі-феноменальними здібностями. Тонкоматеріальні тіла не одержують потрібної кількості рубінової космічної прани, а з нею інформацій, мікрочасток, світла та енергії.

Як змінюються інформаційні, мікрочасткові, світлові, енергетичні, інформаційно-енергетичні, енергоінформаційні та електромагнітні процеси тонкоматеріальних тіл та їх структур, які виникають зміни біохімічних, фізіологічних, анатомічних і морфологічних характеристик фізичного тіла, які виникають хвороби, як змінюються психічні і соціальні прояви людини при деформації формоструктури, функціональних порушеннях, інформаційно-енергетичних блокадах чакри і при блокаді медулярної чакри, досі людству невідомі.

## **Гіпертрофія і гіперфункція медулярної чакри**

**Гіпертрофія і гіперфункція медулярної чакри** проявляється прискореним структурно-функціональним розвитком, функціональними порушеннями, довготривалою функціональною активністю, дисфункціями, домінантним функціонуванням, частим і функціонально недоцільним повним розкриттям основ чакрових конусів, надлишком інформацій, мікрочасток, світла, енергій, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій у внутрішньоконусових сітках субультраканалів і у порожнинах чакрових конусів, що призводить до сповільнення переходу з одного до іншого функціонального стану чакрових конусів чакри, до сповільнення інформаційно-енергетичних процесів в чакрових конусах з одночасним підвищенням інформаційно-енергетичної нечутливості і накінець до самозаблокування та самодеструкції окремих структур чакри та її чакрових конусів. При цьому прискорюється морфогенез фізичного тіла, формується сильне фізичне тіло, настає псі-феноменальний розвиток людини. Псі-феноменальні здібності перевершують потреби суспільства, стають винятковими настільки, що не можуть мати щоденне практичне застосування, можуть використовуватися тільки при особливих потребах і умовах. Сила прояву псі-феноменальних здібностей виходить з під контролю людини, їх творча, корисна і бажана дія змінюється на деструктивну і вносить хаос у природжену гармонію об'єктів зовнішнього середовища і соціальних відносин, і навіть може нашкодити самій людині.

Всі позитивні властивості, особливості і здібності людини, що обумовлюються структурно-функціональною нормою чакри, при її гіпертрофії та гіперфункції трансформуються на прояви, які не спрямовані на прогресивний розвиток псі-феноменальних властивостей людини. Наприклад: телепортація відбувається так, що об'єкт транспортується на більшу відстань ніж потрібно і може бути відправлений так, що зовсім зникне з поля зору і навіть може бути зруйнований.

## **Особливості медулярної чакри**

**Особливості медулярної чакри** притаманні тільки їй, не можуть спостерігатися у будь-якій іншій чакрі і не можуть бути компенсовані жодною іншою чакрою.

До них належить:

- чакра є інформаційно-енергетичним центром інформаційно-енергетичних матерій рубінової космічної прани, надійності, керованої сили і адекватного прояву псі-феноменальних здібностей;
- на інформаційно-енергетичній основі чакри може виникнути нове, рубінове тонкоматеріальне тіло людини;
- інформаційно-енергетичні матерії, що поглинаються чакрою з рубінової космічної прани дають можливість людині значно розширити і поглибити розвиток, вдосконалення і прояви усіх властивостей, особливостей, здібностей і функціональних можливостей, які виникають на інформаційно-енергетичній основі чакри аджни, вішудхи, анахати, маніпури, свадхістхани та муладхари;
- інформаційно-енергетична основа чакри дає можливість людині дістатися до інформаційно-енергетичного змісту рубінової космічної прани і використовувати її для свого еволюційного, інформаційного, енергетичного, інформаційно-енергетичного, енергоінформаційного, електромагнітного, фізичного, соціального, психічного, псі-феноменального, духовного, душевного і божественного розвитку.

### **Те, що невідомо про медулярну чакру**

#### **Те, що не відомо про медулярну чакру:**

- яке значення має інформаційно-енергетичний зміст усіх разом і кожного окремо взятого чакрового конуса для людини, її тіл, виховання, навчання, розвитку, вдосконалення властивостей, особливостей, здібностей, функцій та функціональних можливостей, для лікування, регенерації, реабілітації і рекондиції, зокрема для розвитку надійності і керованої сили проявів псі-феноменальних здібностей та для практичного застосування інформаційно-енергетичного змісту рубінової космічної прани;
- функції та функціональні можливості усіх чакрових конусів чакри;
- співвідношення інформацій, мікрочасток, світла та енергій у високоспецифічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах з підвищеним інформаційно-енергетичним змістом стабільності, надійності, керованої сили і ефективності прояву псі-феноменальних здібностей людини, розміщених у порожнинах чакрових конусів та в субультраканалах внутрішньоконусових сіток чакри;
- як інформаційний зміст високоспецифічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм чакрових конусів чакри обумовлює, впливає і встановлює її функціональні режими, функціонування чакрових конусів інших чакр, зокрема чакри аджни, та внутрішні і зовнішні прояви людини в усіх сферах діяльності;
- співвідношення поглинання інформаційно-енергетичних матерій, які обумовлюють стабільність, надійність, керовану силу і ефективність прояву псі-феноменальності космічної рубінової прани людського, земного, космічного і духовного Буття на рівні кожного чакрового конуса;
- технології, методології, методи і засоби розвитку та вдосконалення всебічного практичного застосування стабільного, надійного, адекватного і оптимально керованого прояви всіх псі-феноменальних здібностей;
- як інформаційно-енергетична стабільність, надійність, адекватність та сила псі-феноменальних здібностей специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм чакрових конусів чакри впливає на людину, її тіла, властивості, особливості, здібності, функції, функціональні можливості, соціальну діяльність та на будь-які внутрішні і зовнішні прояви людини.

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

Пізнання цього принесе нові інформації про еніоанатомію, еніопсихологію і про тонкоматеріальну суть людини, необмежені можливості створення нових технологій, методів і засобів поєднання виховання, навчання, розвитку, вдосконалення і прояву стабільності, надійності, адекватності та нову інформацію для визначення оптимальної сили керування прояву псі-феноменальних здібностей людини. Прояви псі-феноменальних здібностей досягнуть гармонійних співвідношень з духовністю, душевністю і божественністю людини.

Продовження у випуску 18 (84)

## ЛІТЕРАТУРА

1. **Васильчук А. Л.** Функціональна анатомія чакр. - Львів.: Каменяр, 2003. – 208 с., з іл.
2. **Васильчук А. Л.** Атлас функціональної анатомії тонкоматеріальних тіл людини.– Львів.: „Каменяр”, 2003. – 648 с. з іл.
3. **Васильчук А. Л.** Розвиток чакр у переднатальному та постнатальному періодах онтогенезу людини // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. вип. 7. - Львів, 2005, С. 18-24.
4. **Васильчук А.Л.** Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. / Ред. – Ю.М. Панишко. – Львів, Вип. 43-66. 2009-2012 р.
5. **Васильчук А.Л.** Феномен людини. Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. / Ред. – Ю.М.Панишко. – Львів, 2012. – Вип. 1-8 (74), 11-17 (77-83).
6. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomie jemnohmotných těl člověka. – Skalica: Elena Mikúšová MM, 2009. – 1 144 s.: il.
7. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomický výkladový slovník – Skalica: MM a spol., s.r o., 2012 r.–1 592 s.

**Н.В. МАЛЯРСЬКА, Н.Л. БОЖЕНКО,  
А.П.КУЗЬМІНСЬКИЙ, Я.В.МАЛЯРСЬКА,  
М.І.БОЖЕНКО**

## СУДИННА ДЕМЕНЦІЯ: ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ, КЛІНІКИ ТА ДІАГНОСТИКИ.

*Для людини мислячої не має більш  
страшної загрози, як втрата здатності до  
розумової діяльності – деменція.*

*Ханс Фьорстл, Мюнхен, 2004.*

*В статті представлено інформацію про особливості перебігу, патогенезу, діагностики судинної деменції(СД). Вказано фактори ризику розвитку гострої та хронічної судинно-мозкової недостатності. Рекомендовано використовувати для встановлення діагнозу СД психологічні тести: NINDS – AIREN, MMSE, CLOX, FAB. Представлено клінічний випадок розвитку гострої СД за макроангіопатичним варіантом.*

*Ключові слова: судинна деменція, патогенез, діагностика, клінічний випадок.*

*В статтє изложено информацию об особенностях течения, патогенеза, диагностики сосудистой деменции(СД). Указано факторы развития острой и хронической сосудистой недостаточности. Предложено использовать для постановки диагноза СД психологические тесты: NINDS – AIREN, MMSE, CLOX , FAB. Представлен случай из практики развития острой СД за макроангиопатическим вариантом.*

*Ключевые слова: сосудистая деменция, патогенез, диагностика, клинический случай.*

*The article presents information on course, pathogenesis and diagnosis of vascular dementia (VD). Risk factors of acute and chronic cerebrovascular insufficiency are noted. We recommend to use the next approaches in this situation – NJNDS-AIREN diagnose criteria for VD, MMSE, CLOX, FAB. Also clinical case of acute VD due to multi infarct cerebral injury is presented.*

**Key words:** *vascular dementia, pathogenesis, diagnosis, clinical case.*

Проблема деменції є медичною та соціально-економічною проблемою сьогодення. У 2000 році у світі нараховувалося 20 млн. пацієнтів з деменцією. За даними ВООЗ у 2005 році ця патологія «захопила» майже 35 млн. людей. Такий прогресивний ріст хворих збільшується за рахунок «старіння» населення всієї планети. Ряд дослідників з проблеми деменції вказують про унікальність ХХ- початку ХХІ століття – називають цей час «епідемією деменції». Ця проблема також актуальна і для України, в якій кількість хворих на деменцію прогресивно збільшується. Це пов'язано з невисокою тривалістю життя, а також збільшенням кількості пацієнтів з неконтрольованою артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом, ожирінням та іншими проблемами. Тому, проблема розвитку саме судинної деменції набуває особливої ваги.

Термін «судинна деменція» відображає гетерогенну групу дементних синдромів, що виникають внаслідок різних судинних причин, проявляються різними змінами в мозку, і як наслідок, певними клінічними проявами.

Причина судинної деменції полягає у розвитку гострого інфаркту мозку.

Серед ішемічних уражень виділяють завершену ішемію внаслідок оклюзії церебральної артерії (тромбоз, емболія), розрідження, кавітацію та незавершену ішемію внаслідок гіпоперфузії на ґрунті стенозу мозкових артерій і кардіогенних циркуляторних порушень. Патогенетичні варіанти уражень мозкової речовини, що приводять до ішемічних форм судинної деменції, бувають як мікроангіопатичні так і макроангіопатичні; досить часто ці варіанти поєднуються.

Макроангіопатичний варіант є найбільш частим проявом судинної деменції з гострим початком (інфаркти розвиваються в зонах мозкових артерій стратегічно важливих для когнітивних функцій). Мікроангіопатичний варіант частіше носить повільний, підгострий розвиток СД (субкортикальна ішемічна СД). СД може розвиватися двома напрямками: мають місце множинні, переважно підкіркові лакуни (лакунарний стан, який розвивається в результаті оклюзії дрібних судин, що призводить до появи лакун у речовині мозку, здебільшого у внутрішній капсулі, підкіркових гангліях, білій речовині). Другий – характеризується перивентрикулярною лейкоенцефалопатією – хвороба Бінсвангера відбувається ураження білої речовини мозку внаслідок фіброгіалінозу дрібних судин і фібриноїдного некрозу більших судин головного мозку.

Класичною клінічною картиною, що виникає при судинній деменції, є когнітивні порушення, що виникають гостро або підгостро після гострого порушення мозкового кровообігу з повільним прогресуванням. Така клінічна картина характерна для мультиінфарктної деменції.

При хворобі Бінсвангера 80% пацієнтів страждають на артеріальну гіпертензію.

У хворих відбувається повільне прогресування моторних, когнітивних поведінкових порушень, розладів настрою. При цьому зміни настрою і поведінки виявляються вже на початкових етапах хвороби, а іноді бувають її першими проявами. На початкових стадіях пацієнти часто скаржаться на дезорієнтацію, порушення пам'яті, уваги. Часто, вже на перших етапах хвороби можуть відбуватися розлади сечовипускання, ходи.

При церебральній автосомно-домінантній артеріопатії з підкірковими інфарктами і лейкоенцефалопатією (CADASIL-синдромі) клінічна картина подібна до проявів хвороби



Бінсвангера, проте хворі не страждають на артеріальну гіпертензію й не мають факторів ризику цереброваскулярних хвороб, а перші прояви виявляються раніше – між 30-40 роками життя.

У хворих на судинну деменцію, крім когнітивного зниження, часто виявляють депресивні порушення, суїцидальні думки, поведінкові зміни, емоційну лабільність, а порушення виконавчих функцій виникає ще до появи розладів пам'яті.

На етапі спостереження за пацієнтом доцільно призначити консультацію клінічного психолога та психіатра.

Для встановлення діагнозу СД необхідно знайти три фактори: когнітивний дефіцит, наявність ЦВЗ при нейровізуалізації (або на основі анамнезу та наявності вогнищевих неврологічних симптомів), розвиток деменції протягом 3 місяців після виникнення інсульту. У пацієнтів із деменцією необхідно досліджувати наступні когнітивні функції: пам'ять, праксис, мову, орієнтацію, здатність до конструювання та виконавчі функції. Однією зі шкал, яка найбільш часто застосовується у міжнародній практиці, є коротка шкала дослідження психічного статусу (Mini-Mental State Examination [MMSE])(до недоліків MMSE слід віднести її малу чутливість щодо тестування виконавчих функцій, що вкрай важливо для встановлення діагнозу СД). Для діагностики виконавчих функцій можуть бути використані різні тести; особливо широко застосовуються тест CLOX. В тесті малювання годинника (CLOX) (D.R. Royall et al., 1998) хворому дають завдання зобразити циферблат годинника із вказаним часом. Інструкцію повторюють доти, доки пацієнт не зрозуміє її. Будь-яка допомога пацієнту заборонена. Далі йому дають завдання скопіювати малюнок з представленого зразка. Перше завдання (спонтанне малювання) є в основному виконавчою функцією, тоді як друге дозволяє тестувати оптико-просторові функції.

Неврологічний огляд пацієнта допомагає встановити наявність вогнищевих симптомів: геміпарез, слабкість м'язової мускулатури, екстензорні стопні знаки, сенсорний дефіцит, геміанопсію, супрануклеарні феномени, розлади ходи тощо. При СД, пов'язаній із мікробаскулярним ураженням мозку, переважно спостерігаються розлади ходи та супрануклеарні феномени, тоді як при СД внаслідок макроангіопатії частіше виявляються латералізований сенсорний та моторний дефіцит і афазія.

Методи візуалізації, магнітно-резонансна томографія (МРТ) або комп'ютерна томографія з різним ступенем чутливості дозволяють виявити такі ураження головного мозку, як окремі поодинокі лакунарні інфаркти в стратегічних зонах, множинні кірково-підкіркові інсульти, перивентрикулярну ішемію білої речовини. Встановлено, що атрофія гіпокампу, ураження кіркової і підкіркової білої речовини є предикторами когнітивних розладів при ЦВЗ). Крім того, нейровізуалізація відіграє важливу роль для виключення інших причин деменції .

#### **Критерії NINDS – AIREN для діагностики СД**

##### **I. Критерії для встановлення діагнозу вірогідної СД**

**A. Деменція**

**B. Наявність цереброваскулярного захворювання**

**C. Наявність зв'язку між цими двома стражданнями:**

**1. Розвиток деменції протягом 3 місяців від початку встановленого інсульту**

**2. Раптове погіршення когнітивного функціонування або його флуктуації, ступеневе прогресування когнітивного дефіциту**

##### **II. Клінічні прояви, що свідчать про наявність діагнозу вірогідної СД**

**A. Ранній розвиток розладів ходи**

**B. Наявність в анамнезі нестійких та частих неспровокованих падінь**

**C. Ранній розвиток розладів сечовипускання, не пов'язаних з урологічною патологією**

**D. Псевдобульбарні розлади**

**E. Зміни особистості та настрою**

##### **III. Клінічні прояви, що роблять діагноз СД малоімовірним:**

**A. Ранній розвиток порушень пам'яті, прогресуюче порушення пам'яті та інших когнітивних функцій у разі відсутності відповідних змін речовини мозку при візуалізації**

**В. Відсутність вогнищевих неврологічних симптомів, за виключенням когнітивних порушень**

**С. Відсутність ознак цереброваскулярного захворювання за даними нейровізуалізації.**

### **Ішемічна шкала Хачинського( Hachinski V.C. et al.,1974)**

Раптовий початок захворювання	– 2бали
Прогредієнтний перебіг	–1 бал
Лабільність стану	– 2 бали
Нічна дезорієнтація	– 1 бал
Відносне збереження особистості	– 1 бал
Депресія	– 1 бал
Соматичні скарги	– 1 бал
Емоційна лабільність	– 1 бал
Артеріальна гіпертензія	– 1 бал
Інсульт в анамнезі	– 2 бали
Суб'єктивна неврологічна симптоматика	– 2 бали
Об'єктивна неврологічна симптоматика	– 2 бали
Інші ознаки атеросклерозу	– 1 бал

**Висновок:** менше 5 балів – первинно-дегенеративний характер деменції, 5-7 балів – змішана деменція, 8 балів та більше – мультиінфарктна судинна деменція.

Представляємо клінічний випадок розвитку та прогресування судинної-мозкової недостатності з гострим початком за макроангіопатичним варіантом з проявами мультиінфарктної деменції .

Хвора І., 1939р.н. поступила в неврологічне відділення в липні 2012 року. При поступленні скарг не висловлювала. Зі слів родичів у пацієнтки протягом декількох місяців розвинулися зміна мови і поведінки, збудження, зниження апетиту, похудання. З анамнезу відомо, що захворіла раптово 18.07.12 пообіді, коли відчула себе погано, втратила свідомість, перестала говорити, розуміти звернену мову, стала розгублена і дезорієнтована. Місяць тому, відбулася подібна ситуація, але розвинулася тільки слабкість ніг, хвора впала – свідомості не втрачала. Артеріальна гіпертензія до 220/110 мм.рт.ст. спостерігається у пацієнтки більше 20 років. Неодноразово лікувалася у інфарктному та терапевтичному відділенні з приводу ІХС, дифузного кардіосклерозу, хронічної ревматичної хвороби серця, мітральної вади серця, миготливої аритмії. **Неврологічний статус** (при поступленні): дезорієнтована у часі, просторі, власній особі. Зір знижений. Сенсорно-моторна афазія. Алексія. Аграфія. Позитивні рефлексії Марінеско-Радовічі D=S. **Результати лабораторних досліджень**, у яких виявлено відхилення від норми: а) ліпідограма: загальний холестерин – 7,1 ммоль/л, ліпопротеїди низької щільності – 3,29 ммоль/л; б) загальний аналіз крові: Нь – 118 г/л, Ер – 3,9 Г/л. Коагулограма: протр. індекс- 94%, АкЧР- 52”, фібрин плазми- 3,5г/л ,ревмопроби:РФ - - , СРБ – 63 МОд; білірубін -14,8, сечовина – 9,2, креатинін– 103, АлАТ – 112, АсАТ – 84. ЕКГ : миготлива аритмія з сер. ЧСС 100 уд.в хв., відхилення ЕВС вправо. Ішемія міокарду передньої, верхівкової, бічної стінки лівого гіпертрофованого шлуночка; ступінь ішемії зменшилася, систолічне перевантаження менше виражене. Навантаження правого шлуночка. Рентгенографія (доза – 0,2мЗв): в легенях застійні явища (серцеві), периваскулярні зміни на фоні емфіземи, в синусах випіт в невеликій кількості. Серце – мітральне (вада). ЕхоКГ: Ао- 3,4, ЛП- 4,5, ПШ- 2,8, МШП- 1,2, ЛШ- 4,4, ЗС- 1,2см, ФВ- 46%, тасс- 85м/с; Дилатація ЛП і ПШ. МШП незначно потовщена. Загальна скоротлива здатність ЛШ знижена з зонами акінезу по верхівці. Аневризма верхівки. Додаткові хорди в порожнині ЛШ. Оцінка розладів діастолічної функції ЛШ не проводилась. Стулки МК потовщені з недостатністю 2+. Структура та функція АК не порушена. Легка трикуспідальна недостатність 1+. Ознаки невисокої легеневої гіпертензії. Р. max ТК = 34 mmHg. Рідини в

плевральних порожнинах немає. МРТ голови: ГПМК за ішемічним типом в басейні ЛСМА. Перенесене ГПМК за ішемічним типом в басейні ПСМА. Субарахноїдальний простір нерівномірно розширений по конвексу і базально з елементами гіпотрофічних змін в корі. КТ головного мозку, консультована кардіологом, нейрохірургом, психологом (проведено MMSE, CLOX, FAB), онкологом, офтальмологом, урологом.

**Клінічний діагноз: ЦВХ Шст. ГПМК за ішемічним типом (кардіоеMBOLічний варіант) в басейні ЛСМА (18.07.12), ранній відновний період. Наслідки перенесеного ішемічного інсульту в басейні ПСМА. Артеріальна гіпертензія Шст. Сенсорно-моторна афазія. Алексія. Аграфія. Помірно виражена деменція судинного генезу із психотичними явищами. CLOX - 4 бали, MMSE -25 балів, FAB – 12 балів, ішемічна шкала Хачинського – 13 балів.**

В діагностичному плані СД суттєво відрізняється від інших дементних розладів, зокрема хвороби Альцгеймера. Неврологічний дефіцит у хворих на СД виступає на перший план. Мінімальні розлади пам'яті при вираженому порушенні виконавчих функцій характерні для СД. Доцільно практикувати використання діагностичних шкал для підтвердження діагнозу – СД.

Необхідна активна позиція щодо покращення діагностики, лікування та профілактики когнітивних розладів у пацієнтів з прогресуючою судинно-мозковою недостатністю.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Левада О.А. Сосудистая деменция: этиопатогенез, диагностика, лечение // НейроNEWS.-2008.-№2. - С.27-34.
2. Левада О.А. Судинна деменція: етіопатогенез, діагностика, сучасні стратегії лікування// НейроNEWS.-2010.-№1. – С.18.
3. Мищенко Т.С. Применение препарата Мема в лечении сосудистых когнитивных расстройств / Т.С. Мищенко, Е.В.Дмитриева, Н.Б. Балковая, Е.В.Харина, В.Г.Деревецкая // НейроNEWS.-2009.-№4. – С.75-77.
4. Мищенко Т.С. Достижения в области сосудистых заболеваний головного мозга за последние 2 года // журн.Здоров'я України.-2010.-№5.-С.12-13.
5. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике// Неврол.журн.-2006.- №11(приложение№1). – С.4-13.
6. Когнітивні порушення – патологія чи природне старіння/під. ред. Міщенко Т.С. Харків.-2012.- С.13.
7. Дубенко А.Е. Диагностика и лечение когнитивных нарушений: реалии и перспективы / А.Е.Дубенко, Т.А.Литовченко, В.И.Коростий // Здоров'я України. – 2011. – тем.номер.- С.24-26.
8. Деменция / Иллюстр.руководство / Ханс Ферстл, Альфред Мелике, Клаус Вайхель.– Москва: МЕДпресс-информ, 2012. – С. 112.

**О.М ПРОДАНЧУК**

## ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ

*В статті йдеться про демографічну ситуацію, яка склалася в Україні за роки незалежності і шляхи її покращення.*

*Ключові слова: демографія, народжуваність, тривалість життя, безпліддя, смертність.*

*В статье идет разговор о демографической ситуации, которая сложилась в Украине за время независимости и пути ее улучшения.*

*Ключевые слова: демография, рождаемость, продолжительность жизни, бесплодие, смертность.*

*In article about demographic situation is gone, what was composed in ukraine for years independence and the ways of her of improvement.*

*Key words: Demographics, birth-rate, lifetime, bezplidnist, mortality.*

Основними чинниками сучасного розміщення населення по території держави є економічний, природний та історичний. Кількість населення в різних областях України неоднакова і залежить від наведених вище чинників та площі областей. Найбільше його в Донецькій, Київській (разом з Києвом), Дніпропетровській та Харківській областях [3,12].

За густотою населення окремі території України також істотно відрізняються. Найгустіше заселена Донецька область, найменше – Чернігівська. Досить низька густина населення в поліських і степових областях України. Дуже нерівномірно розміщене населення на територіях таких областей, як Луганська, Запорізька, Закарпатська, Чернівецька, а також Автономна Республіка Крим.

На кількість і розміщення населення України має вплив і організоване владою переміщення населення з менш економічно розвинених областей у великі промислові центри і райони. [6,13]

Упродовж ХХ століття природні чинники, що визначають кількість населення нашої держави і особливості його розміщення по її території, поступово втрачали своє значення. Але і нині вони все ще мають певний вплив на ці показники. Так, у наш час найменша густина населення характерна для північних районів країни, де найвищий коефіцієнт лісної території, значна заболоченість, ґрунти мають низьку родючість. До таких регіонів належать північні частини Волинської, Рівненської, Житомирської, Київської, Чернігівської та Сумської областей.

Природні умови визначають низьку густоту населення також у високогірних районах Карпатських і Кримських гір. Це стосується окремих частин Закарпатської, Львівської, Чернівецької та Сумської областей.

Природні умови густоти населення і в посушливих районах степових областей. Найнижчі вони в Херсонській області – 45 осіб на 1 км., а також в окремих частинах Одеської, Миколаївської, Запорізької областей та Автономної Республіки Крим.

Найкращі природні умови для життя і виробничої діяльності населення в нашій країні склалися в лісостеповій зоні. Тому тут і спостерігається найвища густина населення.

З другої половини ХХ століття на розміщення населення України все більший вплив мало поступове загострення екологічної кризи і особливо чорнобильська катастрофа. Так, у 1986 році були повністю відселені мешканці міст і сіл 30 - кілометрової зони навколо Чорнобильської АЕС. Пізніше було визначено й інші території безумовного (обов'язкового) відселення. Населення залишає й інші зони екологічної біди, які займають близько 15 % території України.

В Україні протягом багатьох років відбувалося зростання міст і підвищення їхньої ролі в житті суспільства, тобто процес урбанізації. Відповідно, кількість і питома вага міського населення зростала і досягла 68%. Найвищий рівень урбанізації спостерігається в Донбасі. В Донецькій області, наприклад, понад 90% населення живе в містах і селищах міського

типу. Понад 80 % населення є міськими жителями в Луганській і Дніпропетровській областях. Високий рівень урбанізації в Харківській і Запорізькій областях. Близькі до середньо - державних ці показники в Автономній Республіці Крим, Миколаївській та Одеській областях. Найнижчі рівні урбанізації в Закарпатській, Тернопільській, Івано-Франківській та Чернівецькій областях.

В останні роки співвідношення між міськими і сільським населенням залишається сталим. Крім того, почала зменшуватись кількість населення в найбільших містах. Особливо інтенсивно цей процес відбувався в Одесі та деяких містах Донбасу, де він триває вже майже 30 років.

На території України знаходиться 447 міст, які відрізняються за чисельністю населення, економічним потенціалом, адміністративними функціями тощо. Міста нашої держави у залежності від кількості їхніх мешканців поділяються на окремі категорії: малі (до 50 тис. осіб), середні (50 до 100 тис.), значні (від 100 до 250 тис.), великі (від 250 до 500 тис.), найбільші (від 500 до 1 млн.), міста-мільйонери ( в них проживає понад 1 млн. осіб). До першої категорії належать, наприклад, такі міста, як Глухів Сумської обл., Гадяч Полтавської, Золочів Львівської, Ковель Волинської, Коломия Івано-Франківської обл. тощо. Значними містами є Керч в Криму, Нікополь на Дніпропетровщині, Слов'янськ на Донеччині, Ужгород у Закарпатті тощо. До великих міст належать Черкаси, Вінниця, Полтава, Кіровоград, Горлівка, Житомир тощо. Найбільші міста можна перерахувати всі, оскільки їх небагато. Це Запоріжжя, Кривий Ріг, Луганськ, Львів, Маріуполь, Миколаїв. Ще менше міст-мільйонерів: Київ (2,622), Дніпропетровськ (1,134), Донецьк (1,076), Одеса (1,037), Харків (1,536).

Система сільського розселення в Україні формувалася тисячоліттями. На характер сільського розселення значно впливають природні умови. Тому найбільша густина сільського населення характерна для лісостепової зони. Нижчим є цей показник у поліській частині країни і ще нижчий у степовій [4].

На півночі (Полісся) переважають невеликі села з середньою людністю 250-500 осіб. Вони розташовані на підвищеннях, у сухих місцях. У лісостепу села багатолюдні – 500 – 1500 осіб – і знаходяться, як правило, біля річкових долин і ярів. На півдні села налічують по кілька тисяч осіб. Іноді на багато кілометрів простягаються вони вздовж річок і балок. У високогірній частині Карпатських гір окремі садиби розкидані на схилах за кілька кілометрів одна від одної і фактично не утворюють сіл.

В Україні є області, де сільське населення переважає над міським. Це Вінницька, Закарпатська, Івано-Франківська, Рівненська, Тернопільська та Чернівецька області. Найвищий показник густоти сільського населення в центральних областях нашої держави. Вони пов'язані, насамперед, з тим, що багато десятків років з українського села виїжджали на постійне місце проживання молоді люди. Наприклад, в окремих селах Київської області упродовж багатьох років жоден випускник школи не залишився на роботу в селі. Врешті – решт це призвело не лише до знелюднення сіл, але й до того, що середній вік їхніх мешканців у багатьох областях почав наближатися до 60 років. У цьому віці, зрозуміло, вже не народжують дітей, тому в сільській місцевості в таких областях популяційні процеси виражені найяскравіше. Найгірша ситуація склалася в селах Чернігівської області. Тут в окремих районах на одного народженого за рік припадає п'ять померлих [5].

Для того, щоб подолати демографічну кризу, потрібно ліквідувати її причину, що криється в соціалістичній системі господарювання. Молодь буде переселяти з міст у села

тільки у власні фермерські господарства і на власну, приватну землю, яку буде легше обробляти; легше буде утримувати й господарство цілому, маючи багато дітей.

В Україні живуть і працюють представники 100 національностей, усі вони становлять український народ. Більшість населення нашої держави українці. Тільки в Криму вони за кількістю на другому місці. Українці – корінне населення нашої країни. Частка їх в усьому населенні України становить 73%. У складі української нації є окремі етнографічні групи – литвини, поліщуки, гуцули, бойки, лемки тощо.

В Україні живе понад 14 млн. або 27 % від загальної кількості населення представників інших національностей . Понад 22% - росіян. На початку ХХ століття їхня частка становила 11 % , за переписом 1959р. – 17%. Найбільше їх в Автономній Республіці Крим (67%), Донбасі, Харківській і Запорізькій областях.

Третьою за величиною національною групою є євреї. Їхня чисельність близько 500 тис. осіб. Живуть вони переважно в містах (99%). У зв'язку з переселенням до Ізраїлю – їхня чисельність значно зменшується.

В Україні проживають також білоруси (близько 400 тис. осіб), молдавани (понад 325 тис. осіб), поляки (понад 210 тис. осіб), болгары (близько 240 тис. осіб), угорці ( близько 163 тис. осіб) та ін.

Білоруси мешкають у прикордонних з Білоруссю областях, Донбасі та Києві, молдавани в Житомирській і Хмельницькій областях, угорці переважно в Закарпатті, болгары в Одеській і Запорізькій областях.

В Україні є області із строкатим національним складом. До них належить Одеська, Закарпатська та деякі інші.

За середньою тривалістю життя 65,7 років – Україна стоїть позаду багатьох країн Європи. Водночас жінки живуть у середньому 73 роки, а чоловіки – лише 62 роки.

Хлопчиків народжується завжди більше. Але вже з вікової групи 25-29 років кількість жінок починає переважати над кількістю чоловіків. І це не лише в Україні. Така ситуація характерна для більшості країн світу.

Для розвитку окремих галузей господарства важливе значення має статеві структура населення.

У нас населення від 1990 р. за офіційними даними зменшилось на 6,2 млн. осіб з 51,8 млн. до 45,6 млн. в 2011 році.

В 1958 – 1959 роках сумарний коефіцієнт фертильності на одну жінку дітородного віку в УРСР, був - 2,3.

В 1990 році він склав 1,84. Рівень народжуваності впав за період 1960-1990 років від 2,05% до 1,27%. В 1960 році в країні народилося 871 тис. дітей, а в 1990 році – тільки 674 тис. [2].

Рівень смертності в 1960-1990 роках піднявся майже вдвічі (від 0,69% до 1,2%).

Середня тривалість життя українців скоротилась від 67,4 до 65,7 року. Упродовж 1960-1990 років відбувся справжній обвал природного приросту населення – його темп скоротився вчетверо (від 1,36% до 0,35%) у наступному десятилітті ця тенденція, і темп приросту населення зменшився уже в сім разів – від 0,35% до 0,05% у 1990 році.

У незалежній Україні, попри декларативну увагу до демографічних проблем, так і не було вжито відповідних ефективних заходів. Затяжна економічна криза 1990 – х років призвели до критичного зниження рівня народжуваності: замість необхідних для звичайного відтворення населення 22-24 дітей на 10 жінок реально народжувалось лише 11 немовлят, збільшувалась частка одnodітних і бездітних.

Особливою небезпекою для генофонду населення стало різке погіршення стану здоров'я дітей та підлітків, коли тільки кожного четвертого – п'ятого з них можна вважати цілком здоровим.

Упродовж 1994-2004 років, лише за офіційними даними, з країни виїхало на 1,22 млн. осіб більше, ніж прибуло до нас.

Рівень народжуваності у 2010-2011 роках виявився нижчим, а ніж у 2009 році. Менше укладено шлюбів. Зріст темп природного скорочення населення.

За результатами дослідження компанії «Research Branding Group» розлучених жінок в Україні удвічі (подекуди й утричі) більше, ніж розлучених чоловіків. Це стосується усіх вікових груп. У віці до 30 років розлучених жінок – 6%, а чоловіків лише – 2%, у 30-40 років ці показники збільшуються до 17% та 8% відповідно, а у віковій категорії 40-50 років розлучених жінок 20%, тоді як розлучених чоловіків – 10%. Серед українських чоловіків удвічі більше тих, хто ніколи не одружувався, якщо порівняти із жінками (20% і 12% відповідно).

Близько 80% тих, кому за п'ятдесят, мають родину. А от найменше (майже 45%) одружених серед тих, кому нема ще тридцяти.

Близько 80% Українців побрались за бажанням, 15% узяли орієнтацію на шлюб за розрахунком і лише 6% не дуже усвідомили причину такого рішення, як створення сім'ї.

**Продовження у випуску 18 (84)**

## ЛІТЕРАТУРА

1. Про демографічний прогноз розвитку України до 2050 року. Постанова № 313 від 21.11.2007 р. Національної академії наук України (НАН).
2. Біляцький.С., Хахлюк А. Демографія – найголовніший чинник майбуття //Україна: аспекти праці.-2001.- №5.- С. 45-49.
3. Ілляк Ф. Демографічна ситуація в Україні // Україна.-2001.-№9.С-31-32.
4. Здоровцов О.І., Коротєєв М.А., Прасол В.О. Демографічна ситуація у сільській місцевості України і державні заходи щодо її поліпшення // Економіка АПК. – 2001.- №9.- С.113-119.
5. Курило І. Про медико – демографічні чинники формування і відтворення трудового потенціалу населення України // Україна : аспекти праці.-2001.- №8.- С. 35-42.
6. Прибитков І. Демографічна ситуація в Україні у дзеркалі Всеукраїнського перепису населення 2001 року // Соціологія: теорія, методи, маркетинг. – 2002. - №3. – С. 133-142.
7. Статистичний щорічник України за 2008 рік. Державний комітет статистики України 2008 рік.
8. Статистичний щорічник України за 2009 рік. Державний комітет статистики України 2009 рік.
9. Статистичний щорічник України за 2010 рік. Державний комітет статистики України 2010 рік.
10. Статистичний щорічник України за 2011 рік. Державний комітет статистики України 2011 рік.
11. Статистичний щорічник України за 2012 рік. Державний комітет статистики України 2012 рік.
12. Стеченко Д.М. Розміщення продуктивних сил і регіоналістика: Навч. посіб. – К.: Вікар, 2001. – С. – 374.
13. Шевчук П. Демографічне районування України як необхідна складова регіонального демографічного прогнозу / Рада по вивченню продуктивних сил України.// Україна: аспекти праці.-2001.- №1.- С. 18-22.

## КОМПЛЕКСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ УЧНІВ ЛЬВІВСЬКИХ ШКІЛ

*Стаття присвячена комплексному дослідженню опорно-рухового апарату учнів.*

*Ключові слова: учень, фізичний розвиток, методи обстеження, паспорт здоров'я.*

*Статья посвящена комплексному исследованию опорно-двигательного аппарата учащихся*

*Ключевые слова: ученик, физическое развитие, методы обследования, паспорт здоровья*

*The article is devoted to the study of complex musculoskeletal students*

*Key words: student, physical development, methods of examination, Health certificate*

Міжнародний центр корекції постави «Академія Грація» спільно з громадською організацією «Самопоміч» в рамках проекту «Тиждень здорового хребта» провів обстеження дітей віком від 6 до 16 років в період з 4 по 5 квітня 2013 року. Обстежено 60 школярів 1-х, 2-х, 6-х, 9-х та 10-х класів Львівської ЗОШ №6.

Керівник Міжнародного Центру «Академія Грація» О. Слінько спеціально розробила для обстеження опорно-рухового апарату школярів «Паспорт здоров'я учня», в якому вказані паспортні дані, місце навчання, телефони батьків. В анамнезі враховуються перенесені захворювання, травми, операції, період грудного вигодовування, скарги та діагноз при обстеженні. Дані зовнішнього огляду містять: тип постави, форму грудної клітки, положення голови відносно сагітальної лінії, стан колінних суглобів, форма ніг, характеристику стоп, тест Даунінга, соматоскопічне дослідження хребта з визначенням ступеня бокового викривлення, локалізацією, формою, видом та типом сколіозу. Оцінюється викривлення хребта в сагітальній площині, характер протікання захворювання. Рекомендуються спеціалізовані методи дослідження та консультацію фахівців. В кінці обстеження пропонуються процедури та рекомендації по ортопедичній корекції порушень.

Тривалість обстеження від 10 до 20 хвилин в залежності від складності випадків. Обстеження проводили в присутності батьків та шкільної медсестри два представника Центру корекції постави. Головною метою обстеження було виявлення деформацій опорно-рухового апарату школярів.

Таким чином, найбільше виявлено дітей з крилоподібними лопатками – 30 чол., пресколіозом – 29 чол., кривошиєю – 25 чол., сутулістю – 24 чол., деформацією грудної клітки – 23 чол., плоскостопістю I-II-ї ст. – 14 чол. та III-IV ст. – 13 чол.



**Виявлені ортопедичні розлади опорно-рухового апарату школярів**

№	Вік	6-7р.		8 р.		11 р.		14-15 р.		16 р.		Разом 60
	Хвороба	Хл (16)	Дівч. (11)	Хл (8)	Дівч (8)	Хл (0)	Дівч (4)	Хл( 6)	Дівч (4)	Хл (0)	Дівч (3)	
1	Сутулість	5	2	4	7	-	1	3	1	-	-	24
2	Крилоподібні лопатки	9	10	7	4	-	-	-	-	-	-	30
3	Круглий хребет	-	1	2	1	-	-	-	1	-	-	4
4	Пресколіоз	5	7	6	6	-	1	2	2	-	-	29
5	Гіперлордоз ПВХ	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	3
6	Сколіоз I-II ст.	2	1	1	1	-	2	4	1	-	3	12
7	Кіфоз	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	3
8	Кривошия	6	6	3	4	-	-	2	1	-	3	25
9	Деформація грудної клітки	9	2	3	2	-	2	3	2	-	-	23
10	Плоскостопість I-II ст.	4	2	2	2	-	2	-	-	-	2	14
11	Плоскостопість III-IV ст.	5	2	1	1	-	1	-	3	-	-	13

Під час обстеження заповнювався «Паспорт здоров'я учня». Батькам учнів видавалися на руки результати обстеження та «Правила профілактики порушень постави», спеціально розроблені О.О. Слінько рекомендації для батьків по збереженню правильного рухового стереотипу школяра під час сидіння, рекомендації для правильного ортопедичного положення дитини під час сну. Крім того, були надані індивідуальні рекомендації до профілактики захворювань опорно-рухового апарату:

- лікувальна фізкультура в спецзакладах;
- лікувальне плавання;
- лікувальний масаж в спецзакладах;
- ортопедична корекція за допомогою реклінаторів лопаток, корсетів, профілактичних та індивідуальних лікувальних устілок.

Оскільки для правильного формування та розвитку опорно-рухового апарату дитини необхідно забезпечити в її раціоні харчування надходження добової норми кальцію, батькам надавався список рекомендованих продуктів харчування з максимальним вмістом кальцію. Не секрет, що Львівська область є пандемічною зоною з йододефіцитом. Для покращення роботи щитоподібної залози з врахуванням її ролі в регуляції рівня кальцію в крові, були надані рекомендації по профілактиці йододефіциту в організмі школяра.

При виявленні ознак різних захворювань під час соматоскопічного обстеження батькам було рекомендовано звернутись за консультацією до профільних лікарів. При виявленні сколіозу було рекомендоване додаткове рентгенографічне обстеження дитини з метою точного встановлення діагнозу. В момент обстеження за допомогою спеціальних маркерів нанесених на анатомічні ортопедичні точки дитини, батькам було вказано на

наявні відхилення від норми розвитку опорно-рухового апарату та проведений навчальний майстер-клас по самостійному ортопедичному обстеженню дитини.

Під час обстеження використовувались:

- тест Даунінга (на виявлення типу вкороченої кінцівки);
- за допомогою спеціального тягарця, прикріпленого до остистого відростку VII-го шийного хребця, визначалась девіація хребетного стовбура;
- з положення ортопозиції виконувався функціональний тест на виявлення ребрового гібуса шляхом нахилу дитини до переду (мах flexio);
- зверталась увага на асиметричне положення медіальних країв лопаток;
- шляхом притискання передпліччя до корпусу у фронтальній проекції зверталась увага на симетричність «трикутників талії» - вісників сколіозу;
- вентрально у фронтальній проекції визначалось положення голови відносно плечової лінії, положення плечового поясу по відношенню до горизонталі та симетричність розташування молочних залоз, і симетричність положення тазового поясу по верхнім гребеням тазових кісток;
- здійснювалась оцінка форми грудної клітки, нижніх кінцівок та колінних суглобів;
- дорсально у фронтальній проекції зверталась увага на симетричність паравертебральної мускулатури хребетного стовбура, в тому числі м'язів – розгиначів шії;
- симетричність «точок Венери» та сідничних складок;
- наявність еверсії та інверсії п'яток;
- в сагітальній проекції визначались функціональні відхилення від норми з метою встановлення типів постави за Миколаєнком;
- при підозрі на структурний кіфоз грудного та грудо-поперекового відділів хребта використовувались відповідні тести.

Крім того, було проведено опитування батьків та збір інформації про спадковість хвороб (сімейний анамнез), тривалість грудного вигодовування, період повзання, наявність травм, перенесених і супутніх захворювань та відвідування дитиною “асиметричних” видів спорту та гуртків, які пов'язані з тривалим сидінням, зі статичним навантаженням на хребет (малювання, вишивання, в'язання тощо).

В результаті обстеження виявилася закономірність, що в дітей, які взагалі не вигодовувались материнським молоком (або вигодовувалися менше 6 місяців) та не повзали, простежується пресколіоз, сколіоз I-II-ї ст., плоскостопість III-IV ст., деформація грудної клітки. В батьків школярів в сімейному анамнезі простежується сутулість – 20 чол. сколіоз – 7 чол., плоскостопість – 8 чол., деформація грудної клітки – 4 чол., косолапість – 1 чол. В дітей цих батьків також виявлено сутулість, крилоподібні лопатки, сколіотичну поставу та сколіоз I-II-ї ст., вроджену або комбіновану плоскостопість, деформацію грудної клітки.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Спортивная медицина (Руководство для врачей) / под. ред. А.В. Чоговадзе, Л.А. Бутченко. – М.: Медицина, 1984. – С. 26-47.
2. Лукаш А. Коррекция функционального состояния позвоночника / А.Лукаш / 100 вопросов и ответов. – СПб: Наука и техника, 2007. – 304 с.
3. Данкин М. Позвоночник – ключ к здоров'ю / М. Данкин. – М.: ЭКСМО, 2004. – 240 с.
4. Клешина О.А. Нет остеохондрозу / О.А. Клешина, Т.В. Гитун. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 256 с.

**СІМ ЗАПОВІДЕЙ АНТИЧНОГО СВІТУ  
ТА 50 УРОКІВ ЖИТТЯ ВІД Р.БРЕТТ**

Одним із важливих напрямів діяльності Академії профілактичної медицини є завдання оптимізації виховного процесу серед молоді. Переїняти грецький досвід у цій галузі було доручено професору Яремі Томашевському, який у Греції відвідав храм Аполлона на Пелопонезькому півострові у Дельфах, що є батьківщиною Гіппократа. На фасаді храму були викарбовані сім заповідей Античного Світу, які мали важливе значення у виховному процесі багатьох поколінь і є актуальними для сьогодення:

1. Спіши робити добро, бо життя людське коротке;
2. Пізнай і зціли самого себе;
3. Не набувай нічого зайвого;
4. Чини усе в міру;
5. Ніколи не гнівайся;
6. Ні за кого не ручайся;
7. У світі зло переважає та добро перемагає.

До цих заповідей варто додати ще важливий афоризм: «Non progredi, regredi» - кожен, хто не працює для прогресу, стає гальмом у розвитку суспільства. Доповняють ці настанови 50 уроків, які опубліковані у журналі «Новости медицины и фармации», №7 (455), 2013.-С.32. Автор-Регіна Бретт із Клівленда, штат Огайо, яка вдячна всім, хто від її імені поширює ці уроки:

1. Життя несправедливе, але все таки добре.
2. Якщо сумніваєшся, зроби ще крок вперед.
3. Життя надто коротке, щоб витратити його на ненависть.
4. Робота не потурбується про тебе, це зроблять твої друзі і родичі. Бережи ці відносини.
5. Кожен місяць оплачуй борги за кредитками.
6. Не обов'язково вигравати у кожній суперечці. Погодься або не погодься.
7. Плач разом із кимось. Це лікує краще, ніж плач наодинці.
8. Допустимо злитися на Бога. Він зрозуміє.
9. Відкладай на пенсію з першої зарплати.
10. Коли справа доходить до шоколаду, опиратися безглуздо.

11. Змирися зі своїм минулим, щоб воно не зіпсувало твоє теперішнє.
12. Можна дозволити собі заплакати у присутності своїх дітей.
13. Не порівнюй своє життя з чиймсь. Ти і поняття не маєш, що йому приходится випробовувати у дійсності.
14. Якщо відносини повинні бути таємними, тобі не варто в цьому брати участь.
15. Все може змінитися, як оком змигнути. Але не хвилюйся. Бог ніколи не проморгає.
16. Зроби глибокий вдих. Це заспокоює думки.
17. Позбудься від всього, що не можна назвати корисним, гарним або потішним.
18. Ніколи не пізно мати щасливе дитинство. Але друге дитинство залежить виключно від тебе.
19. Коли приходиться час слідувати за тим, що ти дійсно любиш у цьому житті, не говори «ні».
20. Пали свічки, користуйся добрими простирадлами, носи чорну нижню білизну.
21. Що не вбиває, робить тебе сильнішим.
22. Підготовся з надлишком, а потім хай буде, що буде.
23. Будь ексцентричним тепер. Не чекай старості, щоб одягнути яскраво-червону одягу.
24. Найважливіший орган в сексі – це мозок.
25. Ніхто, окрім тебе, не несе відповідальності за твоє щастя.
26. При будь-якій так званій катастрофі задавай питання – чи буде це важливе через п'ять років?
27. Завжди вибирай життя.
28. Прощай все і всім.
29. Що інші думають про тебе, не повинно тебе хвилювати.
30. Час лікує майже все. Дай часові час.
31. Неважливо чи погана ситуація, чи добра-вона зміниться.
32. Не приймай себе насерйозно. Ніхто цього не робить.
33. Вір у чудеса.
34. Бог любить тебе, тому що він-Бог, а не через те, що ти щось зробив або ні.

35. Не треба вивчати життя. Ти появляєшся у ньому і робиш стільки, скільки встигнеш.
36. Зістарітися-вигідна альтернатива, ніж померти молодим.
37. У твоїх дітей є тільки одне майбутнє.
38. Все, що у підсумку має сенс-це те, що ти пізнав любов.
39. Виходи гуляти щодня. Чудеса відбуваються повсюдно.
40. Якщо б ми склали докупити всі наші проблеми і порівняли їх із чужими, ми би швидко забули свої.
41. Заздрість-це пуста трата часу. У тебе вже є все, що потрібно.
42. Проте найкраще жде попереду.
43. Не важливо, як ти себе почуваш, піднімись, одягнись і вийди між люди.
44. Уступай.
45. Хоча життя і не пов'язане бантиком, це все таки подарунок.
46. Письменник пише. Хочеш бути письменником-пиши.
47. Якщо не попросиш, нічого не отримаєш.
48. Життя надто коротке, щоби довго себе жаліти. Займись ділом-живи. Або помирай.
49. Читай Псалми. Там є всі людські почуття, які бувають.
50. Можна пережити будь-що, якщо міцно триматися за нинішній день.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Балух В.О. Історія античної цивілізації. У 3-х томах. Т.1: Стародавня Греція: Підручник. – Чернівці: Наші книги, 2007. – 656 с.
2. Джонс Мэри, Фласман Лари. Тайны чисел / пер. с англ. В. Скоробагатова. – Харьков, Белгород., 2011. – 288 с.
3. Лагерквист К. Нумерология /пер. с англ. И.П. Зубовой. – М.: ООО “Издательство АСТ ”, ООО “Издательство “Астрель”, 2004. – XXVIII. – 428 с.

## ***ХРОНІКА***

У липні 2013 р. відзначають свої ювілеї люди, які причетні до охорони здоров'я

### ***ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:***

#### ***40 річчям***

Підлісного Романа Васильовича  
Чабан Олесю Петрівну  
Ковальську Мар'яну Прокопівну  
Лопатинську Оксану Іванівну  
Климкович Олену Юріївну

#### ***45 річчям***

Копчак Лесю Миколаївну

#### ***50 річчям***

Покровську Тетяну Валеріївну

#### ***55 річчям***

Ващенко Катерину Флорівну

#### ***60 річчям***

Абашину Наталію Миколаївну  
Абрагамовича Любомира Євстахійовича  
Пушкарьову Володимиру Миколаївну

#### ***65 річчям***

Мицика Олега Ілліча

#### ***80 річчям***

Білинського Бориса Тарасовича

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

***Редколегія***

## Хроніка липня: ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

**5 липня – 120 років** від дня народження **Сергія Гавриловича Миронова** – українського вченого, грека за національністю. Народився в с. Богатир Маріупольського повіту Катеринославської губернії. Закінчив Харківський медичний інститут. В 1919 р. служив лікарем в армії Денікіна. З червня 1920 р. – мікробіолог Кубанського санітарно-бактеріологічного інституту. З 1922 р. – асистент кафедри мікробіології Харківської медичної академії. В 1932-1934 рр. – доцент, далі молодший професор 1-го Харківського медичного інституту. Заарештований 30 грудня 1937 р. за звинувачення в участі у контрреволюційній організації мікробіологів. Справу припинено в 1939 р. за недоведеністю складу злочину. 20 березня 1939 р. звільнений з-під варті. В 1941 р. захистив кандидатську дисертацію. У роки війни працював в ХМІ. Подальша доля невідома.

**12 липня – 115 років** від дня народження **Максима Журка** – українського лікаря. Народився в Березному на Чернігівщині. В 1935 р. закінчив 1-й Київський медінститут. В 1925-1943 рр. працював у Київському медінституті спочатку асистентом, потім доцентом. В 1941 р. мобілізований як лікар до Червоної армії. У боях під Луцьком був поранений. Після одужання працював у Київському шпиталі до 1943 р. Згодом переїхав до Львова, працював урологом. Потім переїхав до Братислави, а в 1945 р. – до Баварії, де працював урологом в поліклініці УЧХ в Мюнхені. Упродовж 1948-1950 рр. – хірург та уролог шпиталю переміщення осіб. В 1947 р. обраний професором загальної хірургії. УТХІ в Мюнхені. В 1950 р. емігрував до США, працював лікарем у Кембріджі. Трагічно загинув 29 жовтня 1950 р. в автокатастрофі на 53 році життя.

**15 липня – 140 років** від дня народження **Георгія Володимировича Пешковського**. Народився в м. Серадзь (Польща). В 1928 р. закінчив медичний факультет Кубанського медичного інституту. В 1928-1929 рр. – військовий лікар, в 1929-1932 рр. – аспірант експериментально-клінічного лепрозорію м. Краснодар, в 1932-1934 рр. асистент кафедри патанатомії, в 1934-1938 рр. – асистент кафедри патофізіології, в 1939-1941 рр. – асистент кафедри нормальної фізіології Кубанського медичного інституту, за сумісництвом – завідувач лабораторії Кубанського лепрозорію (1932-1941). В 1941-1945 рр. – завідувач кафедри патофізіології Сталінабадського та Львівського (1945-1948) медичних інститутів, за сумісництвом – завідувач біохімічної лабораторії (1945-1947), заступник директора з наукової роботи (1947-1948) Львівського НДІ туберкульозу; в 1948-1957 рр. – директор Пермського НДІ епідеміології та мікробіології, в 1957-1959 рр. – завідувач кафедри патофізіології медичного інституту в м. Нижній Новгород. Подальша доля невідома.

Наукові дослідження пов'язані з анатомією та патофізіологією прокази, патофізіологією адаптації до умов високогір'я, патофізіологічними змінами при туберкульозі.

Під час роботи у ЛДМІ автор близько 20 наукових праць.

**17 липня – 110 років** від дня народження **Івана Лук'яновича Богданова** – російського та українського лікаря. Народився в с. Бредовці Смоленської області. В 1927 р. закінчив медичний факультет Смоленського університету. В 1941-1945 рр. – завідувач кафедри інфекційних хвороб Свердловського медичного інституту. В 1951-1973 рр. – директор Інституту інфекційних хвороб в Києві, з 1974 р. – завідувач клінічним відділенням цього ж інституту. В 1953 р. обраний членом-кореспондентом АМН СРСР. Наукові роботи присвячені питанням діагностики та лікування дизентерії, висипного тифу, бруцельозу, дифтерії, скарлатини тощо. Нагороджений орденами і медалями СРСР.

Помер в 1984 р. на 81 році життя.

**17 липня – 95 років** від дня народження **Володимира Миколайовича Войленка** – українського лікаря. Народився в с. Копачів Київської області. В 1947 р. закінчив медичний

факультет Львівського медичного інституту. В 1947-1952 рр. – працював хірургом ЦКЛ Львівської залізниці. В 1952-1954 рр. клінічний ординатор кафедри факультетської хірургії, в 1954-1955 рр. – асистент кафедри факультетської хірургії, а в 1955 -1959 рр. – асистент кафедри загальної хірургії педіатричного і санітарно-гігієнічного факультетів, в 1959-1973 рр. – доцент цієї ж кафедри, в 1973-1974 рр. – доцент кафедри факультетської хірургії, в 1974-1976 рр. – професор кафедри факультетської хірургії ФПДО. В 1956 р. захистив кандидатську дисертацію, в 1971 р. – докторську. Наукові дослідження пов'язані з питаннями торакальної та серцевої хірургії, топографічної анатомії органів черевної порожнини. Автор (співавтор) понад 60 наукових і навчально-методичних праць. Підготував 2 кандидатів наук.

Помер 2 лютого 2000 р. на 82 році життя.

**19 липня – 80 років** від дня народження **Віктора Миколайовича Єльського** – видатного українського вченого. Захистив докторську дисертацію в 1978 р., отримав звання професора в 1981 р. Завідувач кафедри патофізіології Донецького національного медичного університету імені М. Горького (1983). В 1994 р. обраний членом-кореспондентом НАМН України за спеціальністю патофізіологія, двічі лауреат Академічної премії Президії НАМН України. Основні наукові напрями пов'язані з вивченням патофізіології травми. Створена схема аналізу діагностики та вибору критеріїв прогнозування виходу із шоку. В.М. Єльський є автором (співавтором) понад 700 наукових праць, в тому числі 15 монографій, 3 підручників, 21 авторського свідоцтва, 47 навчально-методичних посібників, 92 зарубіжних публікацій. Створив наукову школу загальної патології та екстремальної патофізіології. Підготував 18 докторів та 18 кандидатів наук. Його учні очолюють інституту, кафедри, лабораторії в Україні, РФ, Фінляндії, Німеччині, Швейцарії, Франції.

В.М. Єльський – віце-президент наукового товариства патофізіологів України, член багатьох наукових товариств, комісій, Рад, член 11 наукових журналів України, 2 журналів РФ. Нагороджений медалями державних та громадських організацій.

**20 липня – 90 років** від дня народження **Миколи Антоновича Шеремети** – українського лікаря. Народився в с. Ракобовти Львівської області. Закінчив Львівський медичний інститут. В 1955 р. захистив кандидатську дисертацію. В 1964-1986 рр. завідував кафедрою патанатомії Івано-Франківського медичного інституту. В 1967 р. захистив докторську дисертацію. Автор (співавтор) біля 90 наукових праць.

Був членом НТШ, Українського товариства патологоанатомів. Дата смерті невідома. Похований в Івано-Франківську.

**24 липня – 115 років** від дня народження **Петра Сайкевича**. Народився в с. Синькові (тепер Львівської області). В 1918 р. закінчив гімназію у Кам'янці Струмиловій. Під час I світової війни – вояк австрійської армії. Був поручником УГА. Навчався в Українському (таємному) університеті, був членом УВО-ОУН, сидів в польських тюрмах та Берези Бартузької. Навчання закінчив у Граці в 1934 р. З 1935 р. член УЛТ. Восени 1939 р. виїхав до Німеччини. Після закінчення II світової війни був директором шпиталю в Копенгагені. В 1948 р. емігрував до Канади. Нострифікував диплом, мав приватну лікарську практику. Брав участь у суспільно-політичному житті.

Помер 23 грудня 1985 р. у Віндзорі на 88 році життя.

**25 липня – 75 років** від дня народження **Аліни Михайлівни Романенко**. У 1961 р. закінчила Київський медичний інститут. Працювала на посаді молодшого наукового співробітника в Інституті туберкульозу та грудної хірургії, старшим науковим співробітником, з 1978 р. – керівником лабораторії патоморфології в Інституті урології та нефрології АМН України, у 1976 р. захистила докторську дисертацію на тему: “Епителіальні опухолі мочевого пузыря”. В 1983 р. – лауреат Державної премії України, в 1984 р. присвоєно вчене звання професора. В 1990 р. – заслужений діяч науки УРСР. В 1992 р. – член Інтернаціональної Академії патології та член-кореспондент НАН України. В 2000 р. – академік АМН України, Президент Українського відділення Інтернаціональної



академії патології, голова експертної Ради з медико-біологічних та фармацевтичних наук ВАК України, член Наукової ради Європейського товариства патологів. Розроблений новий профнапрямок з гістологічної верифікації, розроблено класифікації та вивчено морфогенез передраку та ранніх форм раку сечових, статевих органів, вивчено морфогенез та терапевтичний патоморфоз різних форм гломерулонефриту у дорослих та дітей з нефропатичним синдромом, морфологічні особливості безпліддя у чоловіків. А. М. Романенко з колегами вивчили патогенез реакції відторгнення алотрансплантата нирки в умовах аутоімунного гломерулонефриту, розроблені кількісні морфологічні критерії життєздатності пружної донорської нирки з урахуванням чинників постмортального аутолізу та протишемічного захисту, спрямованого на зменшення аутолітичних змін нефрону, зроблений значний внесок у вивчення захворюванню передміхурової залози (гіперплазія, передраковий стан, рак, склероз передміхурової залози).

**26 липня – 100 років** від дня народження **Мирослава Йосиповича Романяка** – українського лікаря. Народився в Дрогобичі. Закінчив Дрогобицьку Українську гімназію. В 1933-1938 рр. навчався на медичному факультеті Познанського університету. Працював хірургом Дрогобицького шпиталю в 1938-1939 рр., далі робота ординатором хірургічного відділення Дрогобицької обласної лікарні. В 1943-1944 рр. – ординатор-хірург Золочівської районної лікарні. В 1944-1968 рр. – завідувач відділення Дрогобицької обласної лікарні, в 1949-1959 рр. – головний хірург Дрогобицької області, за сумісництвом – в 1956-1968 рр. – викладач, доцент (1959) Дрогобицького педагогічного інституту ім. І. Франка. В 1950 р. захистив кандидатську, а в 1960 р. – докторську дисертацію. З 1968 р. – завідувач кафедри загальної хірургії, професор Івано-Франківського медичного інституту. В 1970 р. – професор кафедри інноватики біологічного факультету Дрогобицького педінституту ім. І. Франка.

М.Й. Романяк був депутатом Верховної ради, Дрогобицької обласної та міської рад. Заслужений лікар України (1958), Відмінник охорони здоров'я України, Відмінник народної освіти України, нагороджений орденом Богдана Хмельницького III ст. (2003), Почесний громадянин м. Дрогобича.

Помер 30 жовтня 2006 р. на 94 році життя.

**27 липня – 85 років** від дня народження **Володимира Тутуруша** – українського лікаря та громадського діяча. Народився в Косові. Після війни закінчив Косівську середню школу і в 1947 р. вступив на лікувальний факультет Станіславського медичного інституту. Після закінчення в 1953 р. медінституту 8 років працював завідувачем Соколівської дільничної лікарні. З 1961 р. працював районним офтальмологом до виходу на пенсію.

Закінчив заочну аспірантуру в Українському інституту очних хвороб ім. Гіршмана в Харкові. Написав дисертацію, але з політичних мотивів (1975) його не допустили до захисту. З 1988 р. лікар-методист з санітарно-освітньої роботи.

Після проголошення незалежності України В. Тутуруш був обраний депутатом Косовської міської ради. З 1991 р. – член правління районного товариства “Просвіта” ім. Т. Г. Шевченка, член Правління товариства “Туцувщина”, член НТШ (з 2004), Учасник III, VIII та X конгресів СФУЛТ, організатор багатьох науково-практичних конференцій.

**27 липня – 80 років** від дня народження **Ярополка Євгеновича Яцкевича** – українського лікаря. В 1956 р. закінчив медичний факультет Львівського медичного інституту. Працював хірургом Яворівської (1957) та Городоцької (1957-1959) лікарень. В 1959-1968 рр. – ортопед-травматолог ЛОКЛ, в 1968-1989 рр. – асистент кафедри травматології та військово-польової хірургії ЛМІ. В 1968 р. захистив кандидатську, а в 1990 р. докторську дисертацію. В 1989-2003 рр. – завідувач кафедри травматології, ортопедії та військово-польової хірургії ЛМІ. З 2003 р. – професор цієї кафедри. Наукові дослідження пов'язані з діагностикою та лікуванням захворювань і травм хребта, кульшового та колінного суглобів у дітей та дорослих. Автор (співавтор) понад 200

наукових і навчально-методичних праць, в тому числі свідоцтва на винахід. Підготував 2 кандидатів наук.

Помер в 2012 р. на 80 році життя.

**28 липня – 115 років** від дня народження **Едуарда Адамовича Пархомовича** – українського лікаря, поляка за національністю. Народився в м. Ромни (нині Сумська область). Працював завідувачем райздороввідділу і терапевтом в лікарні. Заарештований 20 червня 1938 р. за підозрою у проведенні шпигунської та антирадянської діяльності. За постановою “трійки” при УНКВС УРСР по Чернігівській області від 21.09.1938 р. як до агента польської розвідки та члена націоналістичної організації застосована вища міра покарання: розстріляний 24.09.1938 р. За ухвалою Військового трибуналу Київського військового округу постанову “трійки” при УНКВС УРСР від 21.09.1938 р. скасовано, справу припинено за відсутністю складу злочину.

**28 липня – 115 років** від дня народження **Бориса Андрієвського**. Народився в с. Безсали (Полтавщина) в сім’ї священика. Середню освіту отримав в Лубенській гімназії. Закінчив Харківський медичний інститут. Спеціалізувався з хірургії під керівництвом проф. Ф.Ю. Розе. Працював асистентом кафедри хірургії Харківського медінституту. Здобув ступінь доктора медичних наук. Працював на посаді доцента кафедри. В кінці 1938 р. зайняв посаду професора хірургії Дніпропетровського інституту вдосконалення лікарів. В 1943 р. переїхав до Львова, працював професором кафедри хірургії Львівських медичних курсів. Лікував поранених вояків УПА. В кінці війни переїхав у Мюнхен, працював хірургом в українській поліклініці, потім став директором шпиталю УНПРА-ІРО в Регенсбурзі. Був організатором двох наукових з’їздів українських лікарів і першим головою Української суспільно-харитативної служби (УСХС) у Мюнхені, ініціатором створення Українського лікарського товариства в Німеччині, членом НТШ і УВАН (Українська Вільна Академія Наук). Деякий час був головою Політичної Ради закордонних частин ОУН.

Помер 20 жовтня 1962 р. на 65 році життя.

**30 липня – 120 років** від дня народження **Теодозії Туни (Надрагової)** – української лікарки. Народилася в с. Ляшки Муровані біля Львова. Закінчила Українську Академічну гімназію і вступила на медичний факультет Львівського університету. Згодом переїхала до Відня, в 1917 р. закінчила університет. Спочатку працювала у віденських клініках, а потім повернулася до Галичини. Була лікарем-сотником УГА під час Визвольних змагань. З 1920 р. член УЛТ. Упродовж 1920-1947 рр. працювала педіатром у Народній лічниці. В 1947 р. депортована у Сибір із сім’єю. Після повернення в Західну Україну в 1956 р. жила в Самборі та Львові. Трагічно загинула в автокатастрофі 16 лютого 1976 р. на 83 році життя.

**30 липня – 115 років** від дня народження **Іллі Сендецького** – українського лікаря. Народився в м. Тисменниця (Станіславівщина). Закінчив українську державну гімназію в 1915 р. Під час I Світової війни служба в австрійській армії, далі – участь у Визвольних змаганнях УГА. В 1930 р. закінчив медичний факультет Празького університету. Нострифікував диплом у Познанському університеті. З 1935 р. – член УЛТ, мав приватну клінічну практику в Тисменниці. Був головою осередку “Просвіта” ім. Т.Г. Шевченка, членом управи “Центросоюзу”. В 1945 р. заарештований НКВС за “співпрацю” з німцями і вивезений . в 1954 р. звільнений. Повернувся на Львівщину. Працював головним лікарем дільничної лікарні в с. Замку на Львівщині.

Помер 7 листопада 1980 р. на 83 році життя.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліограф. довід. /Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Миронов Сергій Гаврилович]. – С. 332.

2. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Журко Максим]. – С. 87.
3. Регеда М. Пешковский Георгій Владімірович / М. Регеда, 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. 257-258.
4. УРЕ. В 12 т. Т.1: А-Борона / гол. ред.. М.П. Бажан. – 2-е вид. – К.: Гол. ред. УРЕ, 1977. – 544 с. – Зі змісту: [Богданов Іван Лук'янович]. – С. 500.
5. Павловський М. Войленко Володимир Миколайович / М. Павловський, Й. Голик // 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. 52-53.
6. Черв'як П.І. Медична енциклопедія / П.І. Черв'як. – К.: вид. центр “Просвіта”, 2001. – 1024 с.: Зі змісту: [Єльський Віктор Миколайович]. – С. 952.
7. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліограф. довід. /Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Шеремета Микола Антонович]. – С. 220.
8. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Сайкевич Петро]. – С. 208-209.
9. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліограф. довід. /Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Романяк Мирослав Йосипович]. – С. 173.
10. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліограф. довід. /Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Тутуруш Володимир]. – С. 203.
11. Філь Ю. Яцкевич Ярополк Євгенович / Ю. Філь // 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. 371-372.
12. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліограф. довід. /Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Пархомович Едуард Адамович]. – С. 344.
13. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Тума (Надрагова) Теодозія]. – С. 231.
14. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Сендецький Ілля]. – С. 213.

СЕРГІЙ ВАСИЛЬОВИЧ КОМІСАРЕНКО

До 70-річчя від дня народження



*“А ще я маю особистий резерв, у мене два сини – медики: Ігор і Сергій. В них сила, яка зможе рухати науковий прогрес і здійснити мою мрію – не просто вилікувати хворого, а й за допомогою ендокринних механізмів повернути хворим їх колишню бадьорість, здатність не старіти душею і тілом”.*

*Василь Павлович Комісаренко*

Сергій Васильович Комісаренко народився в сім'ї видатного українського вченого – Василя Павловича Комісаренка, який в 1930 р. одружився з Дросовською Любов'ю Іларіонівною. Під час війни 1941-1945 рр. В.П. Комісаренко – заступник наркома охорони здоров'я УРСР, уповноважений Військової ради Південно-Західного фронту проводить велику роботу з евакуації медичних кадрів і закладів УРСР в тил та розгортання шпиталів, медичного і кадрового забезпечення Червоної Армії. Членів власної родини Василь Павлович відправив у тил. Саме в м. Уфа (тепер Башкортостан) 9 липня 1943 р. народився Сергій Васильович Комісаренко.

Після звільнення Києва від окупантів сім'я повернулася в Київ і в 1950 р. Сергій вступив до українсько-англійської СШ №92, яку закінчив у 1960 р. В цьому ж році вступив до Київського медичного інституту. Для синів Комісаренка їх батьки були завжди прикладом і зразком взаємної поваги і любові, порядності, доброти і турботи про людей. Згадуючи їх роль у вихованні дітей, Сергій Васильович в одному з інтерв'ю сказав: *“Нас з братом батьки виховували, я б сказав, “раціонально” – у міру суворо, у міру ліберально. Мали все, що необхідно, особливо для освіти, але нічого зайвого, навіть, натяку на розкіш. Що ж до вибору професій, то якщо спрощено і коротко – мої батьки прямо не впливали на наше з братом обрання професії лікаря”.*

Ще будучи студентом КМІ в 1963-1964 рр. Сергій Васильович працював фельдшером на Київській міській станції швидкої медичної допомоги. Медичний інститут закінчив у 1966 р. з відзнакою. В 1964-1966 рр. одночасно навчався на механіко-математичному факультеті Київського університету ім. Т.Г. Шевченка. В цьому ж році вступив до аспірантури при Інституті біохімії АН УРСР, яку закінчив у 1969 р.

Одночасно з навчанням в аспірантурі в 1966-1969 рр. навчався на спеціалізованих курсах з французької мови. З 1969 р. почав працювати в Інституті біохімії ім.

О.В. Палладіна АН УРСР: молодшим науковим співробітником (1972), ученим секретарем (1972-1974), старшим науковим співробітником (1973). З 1974 по 1975 р. працював в Інституті Пастера в Парижі. З 1975 р. засновник і завідувач лабораторії імунохімії, яка у 1982 р. була перетворена у відділ молекулярної імунології. В 1976-1984 рр. Сергій Васильович читав курс лекцій з імунохімії в Київському університеті ім. Т.Г. Шевченка. З 1978 по 1986 рік С.В. Комісаренко керував республіканською міжвідомчою науковою програмою з імунології “Механізми імуностимуляції”, був організатором Республіканських шкіл з молекулярної імунології. У 1981 р. він працював у Нью-Йоркському протираковому центрі ім. Слоан-Кеттерінга, в 1983-1990 рр. – читав лекції з молекулярної імунології у Київському Відділенні МФТІ. В 1989 р. був призначений директором Інституту біохімії ім. О.В. Палладіна АН УРСР і виконував ці обов’язки до 1992 р. в 1990-1991 рр. С.В. Комісаренко – заступник Голови Ради Міністрів УРСР. З 1991 по 04.1992 р. – Віце Прем’єр-міністр України з гуманітарних питань. З травня 1992 р. по лютий 1998 р. – перший Надзвичайний і Повноважний Посол України у Великобританії, в 1995-1998 рр. – Надзвичайний і Повноважний Посол України в Ірландії за сумісництвом. В 1998 р. С.В. Комісаренко знову очолює Інститут біохімії ім. О.В. Палладіна НАН України.

Наукова діяльність С.В. Комісаренка пов’язана з імунохімічним дослідженням антигенної структури білків та пептидів. Він є засновником молекулярної імунології в Україні. Сергій Васильович був першим вченим у колишньому СРСР, що провів дослідження імунохімічної структури низки пептидів та білків, застосував методи імуноензиматичних досліджень і проточну цитофлуориметрію, одним із перших в СРСР використав у дослідженнях гібридомну техніку отримання моноклональних антитіл. Досліджував імунітет у ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС, відкрив нові центри полімеризації фібрину, розробив комплекс імуноферментних тест-систем для контролю протидифтерійного імунітету в деяких популяціях, для діагностики та моніторингу лікування системи згортання крові та для діагностики туберкульозу. С.В. Комісаренко встановив протипухлинну та імуномодельючу активність метиленбісфосфонові кислоти, що дозволило створити ЛП “Мебіфон” проти пухлин передміхурової та молочної залози, препарат Мебівід для лікування захворювань опорно-рухового апарату; він брав участь у створенні ЛП “Коректин”, “Кальмівід-М”, “Філомек”, “Молюфіл”, “Кальмофіл”.

С.В. Комісаренко є автор (співавтор) понад 400 наукових праць з біохімії та молекулярної імунології, в тому числі співавтор двох монографій, низки патентів. Підготував 6 докторів та 12 кандидатів наук. Сергій Васильович – головний редактор “Українського біохімічного журналу” (1989-1992; з 1998 р.), “Біотехнологія” (з 2006), член редколегії низки міжнародних журналів. Він є почесним доктором Кінгстонського та Північно-Лондонського університетів (1997), Почесним професором Одеського НУ ім. І.І. Мечникова (2010), Почесним професором Інституту мікробіології і імунології ім. І.І. Мечникова НАМНУ (2011), Почесним членом Польського біохімічного товариства (2011).

Окремо потрібно сказати про велику політичну та громадську діяльність Сергія Васильовича Комісаренка. Працюючи на посаді Віце Прем'єр-Міністра України він був ініціатором прийняття Верховною Радою Законів України про освіту, національні меншини, свободу совісті, пресу, ЗМІ, пенсії, по боротьбі із СНІДом. Він був головою низки урядових комітетів та комісій: по відзначенню трагедії у Бабиному Яру (1990-1991), по проведенню Конгресу українців (1991-1992), з гуманітарної допомоги (1992), по боротьбі із СНІДом. Працюючи Послом України у Великобританії він заснував у Лондоні благодійний фонд допомоги чорнобильцям (1993), Британсько-українську торговельну палату (1997), ініціював вступ України до директорату ЄБРР (1993), Міжнародної морської організації (1995), організував передачу Україні Британської Антарктичної станції "Фарадей" (тепер "Академік Вернадський", 1995). Лобіював підтримку Британською делегацією прийняття України до Ради Європи, ратифікацію Британським парламентом угоди про співпрацю між Україною та ЄС.

З 1999 р. С.В. Комісаренко обраний першим заступником Голови Української ради миру, Президентом Українського біохімічного товариства, в 2000 р. – обраний Президентом Українського Інституту миру і демократії (2000), Президентом благодійної організації інвалідів "Спеціальна Олімпіада України" (2002), першим заступником Української Ради Миру, головою наглядової ради Міжнародного фонду національної пам'яті України.

В квітні 2004 р. С.В. Комісаренко обраний членом Президії НАН України та Академіком-секретарем відділення біохімії, фізіології і молекулярної біології НАН України. В 2007 р. обраний Головою Наглядової ради Міжнародного фонду Національної пам'яті України. Указами Президента України В.А. Ющенка у вересні 2007 р. та в червні 2009 р. С.В. Комісаренка призначено Головою комісії з біобезпеки та біологічного захисту при РНБО України.

Нагороди: лауреат Державної премії УРСР (1979), премій НАНУ ім. О.В. Палладіна (2003), І.І. Мечнікова (2012). Почесна відзнака Президента України: орден "За заслуги" III ст. (1996), II ст. (1998), Орден Ярослава Мудрого V ст. (2005), Почесна Грамота Верховної Ради України (2003), Заслужений діяч науки і техніки України (2008).

## ЛІТЕРАТУРА

1. УРЕ в 12 т. Т.5: Кантата-Кулики / гол. ред. М.П. Бажан.– Вид. 2-е. – К.: Гол. ред. УРЕ, 1980. – 568 с. – Зі змісту [Комісаренко Василь Павлович] – С. 310.
2. В.П. Комісаренко. Життєвий і творчий шлях / під заг. ред. М.Д. Тронька. – К.: Авіцена, 2007. – 144 с.
3. Черв'як П.І. Медична енциклопедія / П.І. Черв'як. – К.: вид. центр "Просвіта", 2001. – 1024 с.: Зі змісту: [Комісаренко Сергій Васильович]. – С.962.
4. Данилова В.М. Комісаренко Сергій Васильович [Електронний ресурс]: [матеріал з Фармацевтичної енциклопедії].
5. Комісаренко Сергій Васильович [Електронний ресурс]: [матеріал з Вікіпедії].

**МИХАЙЛО ГЕОРГІЙОВИЧ ШАНДАЛА**

**До 85-річчя від дня народження**



Михайло Георгійович Шандала народився 10 липня 1928 р. в м. Краснодарі, Кубанського округу Північно-Кавказького краю Російської Федерації. По батьківській лінії походить від козаків станиці Северська Краснодарського краю. Дід, Костянтин Дорофійович Шандала відмовився вступати в колгосп і був репресований як куркуль. Батько, Георгій Костянтинович (1894-1944), працював рахівником, головним бухгалтером МТС, був репресований в 1936-1937 рр., засланий в Сибір, де тяжко хворів, був звільнений і повернувся на Кубань. Дід по маминій лінії був кравцем у м. Царицин. Після Жовтневого перевороту в Петрограді сім'я втекла на Кубань. Мати, Калерія Павлівна Борисова-Шандала (1898-1989) закінчила повний курс гімназії з правом викладання німецької мови, працювала в бухгалтерії Краснодарського хіміко-технологічного інституту.

Михайло Шандала вчився в СШ №28 м. Краснодара і в 1947 р. закінчив школу із золотою медаллю. Вступив до Московського авіаційного інституту, але в зв'язку з важким матеріальним становищем повернувся до Краснодару, де був зарахований на лікувальний факультет Кубанського медичного інституту. На IV-V курсах був сталінським стипендіатом, секретарем комітету ВЛКСМ інституту. В медінституті захопився проблемами гігієни. В той час ректором Кубанського медінституту і завідувачем кафедри загальної гігієни був Пилип Харитонович Чехлатий (1894-1966), який до війни був директором Донецького інституту праці та профзахворювань НКОЗ УРСР, а під час війни 1941-1945 рр. – заступником начальника Боловного санітарно-епідеміологічного Управління НКОЗ СРСР. Михайло Георгійович закінчив медінститут з відзнакою у 1952 р. В 1952-1954 рр. – він асистент кафедри загальної гігієни Кубанського медінституту. В 1955-1956 рр. обраний на посаду асистента цієї ж кафедри. В 1956 р. П.Х. Чехлатий від'їжджає на батьківщину, в Дніпропетровськ і запропонував М.Г. Шандалі їхати з ним. В 1956 р. Михайло Георгійович працював асистентом кафедри загальної гігієни Дніпропетровського медінституту. В 1957 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Пылевой фактор и состояние здоровья рабочих на Новороссийских цементных заводах”.

На кафедрі загальної гігієни Дніпропетровського медінституту М.Г. Шандала пройшов від асистента, доцента до завідувача кафедри (1967). В 1968 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Ионизация воздушной среды как гигиенический

фактор в черной металлургии” (науковий консультант – член-кореспондент АМН СРСР, професор Олексій Олексійович Мінх). В 1969 р. М.Г. Шандалі присвоєно вчене звання професора. З 1968 по 1971 рік він працює проректором Дніпропетровського медичного інституту.

З 1971 р. починається новий етап роботи Михайла Георгійовича. Він запрошений в Київ і починає одразу працювати директором Київського НДІ загальної і комунальної гігієни ім. О.Н. Марзєєва. Під патронатом М.Г. Шандали велося будівництво 12-поверхового будинку, в якому інститут розташувався вже в кінці 1981 р. В 1975-1991 рр. в цьому ж НДІ одночасно завідував відділом гігієни атмосфери та фізичних факторів зовнішнього середовища, за сумісництвом працював (1971-1985) завідувачем кафедри комунальної гігієни Київського інституту удосконалення лікарів. В 1984-1989 рр. очолював Вчену медичну раду МОЗ УРСР. В зв'язку з подіями на Чорнобильській АЕС в квітні 1986 р. М.Г. Шандала зробив суттєвий внесок в наукове забезпечення гігієнічних заходів при ліквідації наслідків аварії. Працівниками лабораторії радіаційної гігієни інституту здійснювався моніторинг оточуючого середовища. Група працівників інституту за ліквідацію наслідків Чорнобильської аварії отримали урядові нагороди. Сам Михайло Георгійович неодноразово супроводжував в зону екологічної катастрофи видатних закордонних діячів, які допомагали в ліквідації наслідків катастрофи.

З 1991 р. М.Г. Шандала запрошений на роботу в Москву. Він працював директором Федеральної державної установи “Науково-дослідний інститут дезінфектології” Росспоживнагляду і з 1996 р. одночасно очолював в інституті відділ наукових основ безпеки дезінфекційних засобів і керував органом із сертифікації засобів Держстандарту РФ. В 1994 р. організував і впродовж 15 років за сумісництвом завідував кафедрою дезінфектології медико-профілактичного факультету післядипломної освіти ММА ім. І.М. Сеченова, працюючи нині на посаді професора.

Наукова діяльність М.Г. Шандали пов'язана з багатьма напрямками профілактичної медицини. Проведені ним дослідження впливу цементного пилу на організм людини сприяло визнанню цементних силікатозів як окремої нозологічної форми патології легень. Він доказав, що від'ємні аероіони при тривалому впливі на організм можуть викликати несприятливі зміни функціонального стану організму, що призвело до гігієнічного нормування аероіонізації. В 1970-1990 рр. М.Г. Шандала розробляв проблему біологічної дії деяких фізичних факторів зовнішнього середовища, зокрема електромагнітного поля різних частотних діапазонів, шуму. По цій проблемі упродовж 1975-1990 рр. він від СРСР очолював радянсько-американську співпрацю. З 1990-х років зосередився дезінфектологічних проблемах профілактики інфекційних хвороб.

Під керівництвом М.Г. Шандали захищено понад 30 докторських та кандидатських дисертацій. Він автор (співавтор) понад 500 наукових публікацій, в тому числі понад 20



монографій. В 1974 р. М.Г. Шандала став членом-кореспондентом АМН СРСР, в 1981 р. йому присвоєно звання “Заслуженого діяча науки УРСР”, в 1986 р. – Михайло Георгійович дійсний член АМН СРСР, а в 1996 р. – академік РАМН.

М.Г. Шандала веде велику громадсько-наукову роботу: він член бюро Вченої ради Росспоживнагляду, член бюро відділення профілактичної медицини РАМН, член Науково-експертної ради з медицини виробів Росспоживнагляду, член комісії Експертної ради із застосування засобів, виробів та методів в медичній практиці при МОЗ, член комісії Росспоживнагляду із державної реєстрації на ліцензування.

Академік РАМН М.Г. Шандала – член Правління Всеросійського наукового товариства гігієністів і санітарних лікарів, член Правління Всеросійського науково-практичного товариства епідеміологів, мікробіологів і паразитологів на ряду міжнародних товариств.

М.Г. Шандала нагороджений державними орденами та медалями СРСР, РФ, преміями та відзнаками громадських та наукових установ.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Старченко С.М. Шандала Михайло Георгійович / С.М. Старченко // УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. Т.12: Фітогормони-Б. – Вид. 2-е. – К.: Гол. ред. УРЕ, 1985. – С. 361.
2. Минх А.А. Шандала Михаил Георгиевич / А.А. Минх // БМЭ в 36-т./ гл. ред. акад. Б.В. Петровский. Т.27: Хлоракон-Экономика здравоохранения. – Изд. 3-е. – М.: Советская энциклопедия, 1986. – С. 365.
3. Шандала Михайло Георгиевич [Електронний ресурс]: [веб-портал Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика].
4. Шандала Михайло Георгиевич [Електронний ресурс]: [матеріал з Вікіпедії].

**БОРИС ТАРАСОВИЧ БІЛИНСЬКИЙ****До 80-річчя від дня народження**

Борис Тарасович Білінський народився 16 липня 1933 р. у відомій галицькій родині, корені якої сягають княжих часів. В його генеалогічному дереві є імена багатьох громадсько-політичних, релігійних, військових діячів, вчених, письменників, митців. Дід по батьковій лінії Володимир був лікарем, одним із засновників УЛТ і водночас відомим діячем народної освіти, сподвижником Івана Франка по радикальній партії. Дід по лінії матері Мирон Кордуба – відомий український історик, учень академіка М.С. Грушевського, згодом професор Варшавського і Львівського університетів.

Батько – Тарас Білінський, організатор українського руху в Збаражі (Тернопільщина), в червні 1941 р. був розстріляний органами НКВС. Мати – Стефанія (з дому Кордуба) – підпільниця ОУН в 30-х роках.

Навчання розпочав у місцевій школі 1940 р., а продовжив у Львові в 1943 р. в 1-й українській гімназії, в 1944 р. – у Криниці (Польща), в 1944-1945 рр. – в Равельсбах (Австрія). Від 1945 р. проживає у Львові. Аттестат зрілості і срібну медаль отримав у славній своїми традиціями Львівській СШ №8 в 1950 р. Вступив на медичний факультет Львівського медичного інституту, який закінчив з відзнакою у 1956 р. Саме в студентські роки розпочалася наукова діяльність Бориса Тарасовича. Йому пощастило зустрітися із завідувачем кафедри професором Г.П. Ковтуновичем. Під його керівництвом виконав перші студентські роботи: “Зменшення токсичної дії новокаїну” та “Цитологічна діагностика пухлин”. В 1956-1957 рр. працював хірургом-онкологом Бориславської міської лікарні і одночасно викладав хірургію в медичному училищі. В 1957 р. пройшов спеціалізацію з онкології у Києві. В 1958-1959 рр. почав завідувати хірургічним відділенням Городоцької ЦРЛ Львівської області, в 1959-1963 рр. – працював хірургом Львівської обласної клінічної лікарні. Саме в 1963 р. Борис Тарасович захистив кандидатську дисертацію на тему: “Имплантационные рецидивы рака молочной железы и их связь с раковыми клетками в ране при мастэктомии”. В цьому ж році його запросили на посаду наукового співробітника Львівського Науково-дослідного інституту гематології та переливання крові, де він працював до 1966 р. Почав виконувати докторську дисертацію на тему: “Функциональное состояние печени в динамике ожоговой болезни”, яку захистив у 1972 р. В 1966 р. у Львівському медичному інституті проф. А.І. Гнатишак створює першу в СРСР кафедру онкології та радіології і запросив Б.Т. Білінського на посаду доцента цієї кафедри. Починається новий етап в науковій діяльності Бориса Тарасовича, який вже триває 47 років. В 1977 р. Б.Т. Білінського обирають на посаду професора кафедри. В 1979 р. йому присвоєно наукове звання професора. В 1986 р. Вчена Рада ЛДМІ обрала Б.Т. Білінського завідувачем кафедри. На цій посаді він працював до 2004 р. одночасно з 1981 р. по 1991 р. виконував обов’язки проректора із лікувальної роботи. Кінець 80-х років

характеризується високою політичною активністю громадян УРСР. Борис Тарасович брав активну участь в заснуванні Народного Руху України, обирався депутатом Обласної ради першого демократичного скликання. Почав працювати в Науковому товаристві імені Т.Г. Шевченка, Українському лікарському товаристві, “Просвіті”, “Львівській Бесіді”. В цих організаціях колеги довіряли Борису Тарасовичу чільні посади. Ще в 1984 р. Кембриджський біографічний центр обрав Б.Т. Білинського “Людиною року”.

Б.Т. Білинський був делегатом XIV (Будапешт, 1986) та XV (Гамбург, 1990) Всесвітніх протиракових конгресів.

В 1990 р. Б.Т. Білинський отримав від Президента Австрії Курта Вальдгайма медаль “Moral-Zeistung Zusammenarbeit” та був нагороджений медаллю Києво-Галицької митрополії УГКЦ “За вклад у справу відродження”.

В 1991 р. Б.Т. Білинського обрано проректором з наукової роботи, на якій він працював до 2000 р. З 1992 р. він – дійсний член Європейського товариства дослідників раку (EACR), Європейського товариства мамологів (EMS). В 1992 р. у Львові організував Міжнародний науковий семінар “Рак молочної залози та колоректальна карцинома”. Б.Т. Білинський – дійсний член НТШ (1992), академік АН Вищої школи України (1993), член Нью-Йоркської АН (1994), Заслужений діяч науки і техніки України (1994). Неодноразово запрошувався для читання лекцій за кордон як професор – гість (США, Австрія, Гана, Великобританія).

Проф. Б.Т. Білинський є одним з ініціаторів розвитку контактів України в науковій сфері з Австрією, що дало можливість десяткам молодих українських вчених стажуватися у Відні.

Б.Т. Білинський є автором (співавтором) біля 500 друкованих праць, в тому числі 14 монографій, підручника (3 перевидання), посібників, 5 авторських свідоцтв на винаходи. Підготував 20 кандидатів та 2 докторів наук.

Борис Тарасович був учасником багатьох Міжнародних зборів, з’їздів, конференцій. В 1999 р. нагороджений Президентом України орденом “За заслуги III ст.” і медаллю “Захисник Вітчизни”, відзначений Почесною грамотою Львівської обласної ради (2000), Почесною грамотою МОЗ України (2001). В 2002 р. Б.Т. Білинський удостоєний премії Президії АН ВШ України за підручник “Онкологія” (3-є вид.). В 2003 р. йому присуджено звання почесного професора Інституту експериментальної патології, онкології і радіології ім. Р.Є.Кавецького АН України. В 2004 р. нагороджений грамотою від Кардинала Любомира Гузара.

В 2004 р. Борис Тарасович став активним учасником виборів Президента України, був довіреною особою В.А. Ющенка по 122 в/о. Нагороджений пам’ятною медаллю “Учасник Помаранчевої революції” (2005).

В 2006 р. йому присвоєно почесне звання Заслуженого професора Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Борис Тарасович є членом низки редакційних колегій: “Acta chirurgica Anstriaca” (Відень), “Acta medica Leopoliensia” (Львів), “Практична медицина” (Львів), Вісник НТШ (Львів), “Онкологія” (Київ), “Феномен людини. Здоровий спосіб життя” (Львів). Він є членом Президії Українського онкологічного товариства, головою Львівського

онкологічного товариства, членом Головної Управи УЛТ у Львові (2000), головою Суду лікарської честі (з 2004). В 2009 р. він нагороджений медаллю ім. М. Панчишина за активну діяльність в УЛТ у Львові.

Разом з Борисом Тарасовичем по дорозі життя йде Христина-Зоряна Білинська, терапевт, доцент ЛНМУ (тепер – пенсіонер), донька Адріана Гайдук (Білинська) – терапевт, доцент ЛНМУ, донька Марта Джус (Білинська) – ревматолог, кандидат медичних наук, асистент НМУ ім. О.О. Богомольця, онучки Мар'яна, Софія – студенти ЛНМУ, Анна і Марія – учениці Київської школи.

Борис Тарасович – цікава неординарна особа, чудовий співрозмовник, добре знає світову і українську літературу.

Захоплюється туризмом, альпінізмом (1951-1992). Достатньо згадати біля 30 сходжень на Кавказі та Тянь-Шані. Нагороджений грамотою Асоціації ветеранів спорту (2005).

### **З роси й води, Шановний Ювіляре!**

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Bilynsky Boris. Men of Achievement. Cambridge, England. – 1984. – V.10. – P.105.
2. Білинський Б. //Хроніка НТШ. – 1992. – Ч.84. – С.49.
3. Білинський Б. (До 60-річчя з дня народження) // Клінічна хірургія. – 1993. – №7-8. – С.77-78.
4. Пундій П. Один з будівничих української науки (з нагоди 60-ліття від дня народження проф. Бориса Білинського) // Свобода : амер. газ. – 1993. – Число. 132. – 14 липня. – С. 3.
5. Львівський державний медичний інститут / за ред. М.Павловського, І. Даценко, Л. Петрух. – Львів: Словник, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Б. Білинський]. – С. 19, 26, 27, 37, 41, 42, 50, 52, 152, 174, 175, 176, 177.
6. Б.Т.Білинський // Хто є хто в Україні: біогр. сл. – Київ, 1977. – С. 27.
7. Б.Т. Білинський // Академіки Академії наук вищої школи: біогр. сл. – К., 1997. – С.33
8. Б.Т. Білинський // Хто є хто в охороні здоров'я і медицині України: біогр. сл. – К., 1997. – С.23
9. Борис Тарасович Білинський // Український радіологічний журнал. – 1998. – Т.6. – Вип. 2.– С. 246.
10. Служинська З. Рід Білинських / З. Служинська. – Львів: Арсенал, 1998. – 262 с. – Зі змісту: [Білинський Борис]. – С. 39, 70, 71, 206, 207, 221, 226, 235.
11. Білинський Б.Т. // ЕСУ. Т.2. – Київ, 2003. – С. 793.
12. Білинський Б. // Новітня історія України. Галичина. Т.1. – К., 2004. – С.50.
13. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Б. Білинський]. – С. 196.
14. Шпарик Я.Білинський Борис Тарасович / Я. Шпарик // // 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. 19.
15. Борис Білинський: шлях до вершини // Acta medica Leopoliensia. – 2008. – V. 14. – №4. – С. 129-130.
16. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліограф. довід. /Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Білинський Борис]. – С. 25-26.
17. Гоцко-Ней Л. Українське лікарське товариство у Львові 1910-1939; 1990-2010 рр. / Л. Гоцко-Ней. – Львів: Афіша, 2010. – 272 с. – Зі змісту [Білинський Борис]. – С. 9, 27, 113-115.

**Хроніка липня: ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ**

**1 липня – 195 років** від дня народження **Ігнаца Пилипа Земмельвейса** – угорського лікаря. Народився в Будапешті. В 1844 р. закінчив медичний факультет Віденського університету. Працюючи в 1844-1849 рр. в 1-й акушерській клініці Відня зацікавився причиною пологової гарячки і дійшов висновку, що причина її криється в перенесенні заразної основи руками та інструментами акушерів. Ще в 1847 р. зобов'язав медичний персонал мити руки розчином хлорного вапна. Цей антисептичний захід дав чудові результати – захворюваність і смертність серед породіль різко знизилася. Незважаючи на підтримку провідних вчених Віденського університету (Й.Шкода, К. Рокитанський, Ф. Гебра), майже всі європейські авторитети в галузі акушерства зустріли новацію Земмельвейса вкрай негативно, що на багато років затримало впровадження антисептика. Земмельвейсу прийшлося покинути Відень. В 1850-1855 рр. він працював у лікарні св. Роха в Будапешті. З 1855 р. Земмельвейс став професором теоретичного і практичного акушерства Будапештського університету. Досліджував патологію загального сепсису на кріликах. Його роботи сприяли розвитку бактеріології, епідеміології, хірургії. Відкриття Земмельвейса було повністю визнано лише після його смерті.

Помер І.П. Земмельвейс 13 серпня 1865 р. на 48 році життя. В Будапешті в 1906 р. споруджений пам'ятник Земмельвейсу з написом: “Рятівник матерів”.

**4 липня – 160 років** від дня народження **Ернста Отто Бекмана** – німецького хіміка. Народився в Золінгені. В 1870 р. почав навчатися в Ельберфельді аптекарській справі. В 1874 р. вступив до Лейпцігського університету і навчався у відомого хіміка Германа Кольбе. В 1878 р. отримав докторський ступінь. В 1884 р. Г. Кольбе помер і Е.О. Бекман почав працювати у Й. Вісліцеуса, з 1887 р. став помічником Вільгельма Оствальда. Для своєї роботи Е. Бекман винайшов диференційний термометр (термометр Бекмана). Працював у Гессенському університеті, був професором в університеті Ерлангена, але в 1897 р. знову повернувся в Лейпціг. В 1912 р. очолив підрозділ з хімії новоствореного Інституту В. Кайзера в Берліні, де працював до жовтня 1921 р.

Помер Е. Бекман у Берліні 12 липня 1923 р. на 71 році життя.

**5 липня – 125 років** від дня народження **Герберта Спенсера Гассера** – американського лікаря та фізіолога. Після закінчення навчання в США вступив до Вісконсінського університету, де вивчав зоологію. В 1910 р. став бакалавром мистецтв, а в 1911 р. – магістром мистецтв. Одночасно вчився на фізіологічному відділенні університету. Після дворічного навчання на медичному курсі він перевівся в медичну школу Джонса Хопкінса і в 1915 р. отримав медичний ступінь. Потім повернувся у Вісконсін, де вивчав фармакологію і приєднався до Ерлангера, який завідував фізіологічним відділенням в медичній школі Університету Вашингтона в Сент-Луїсі. Далі почалася копітка робота по вивченню електричних властивостей нервових сигналів. Було встановлено, що різні відчуття передаються аксонами різного діаметру з різною швидкістю. У 1921 р. Г. Гассер був призначений професором фармакології Вашингтонського університету. У 1923-1925 рр. працював у Європі з відомими вченими: Хіллом та Дейлом. У 1931 р. став професором

фізіології та головою медичного коледжу Корнельського університету, а в 1935 р. – директором Рокфеллерівського інституту медичних досліджень.

**В 1944 р. Г.С. Гассер та Д.Ерлангер отримали Нобелівську премію “за відкриття, що стосуються високодиференційованих функцій окремих нервових волокон”.**

Г. Гассер був членом НАН США, Американського фізіологічного товариства, Американської асоціації лікарів, Американського філософського товариства, Гарвеївського товариства, мав почесні ступені університетів.

Переніс інсульт, важко хворів і помер 11 травня 1963 р. на 75 році життя.

**6 липня – 110 років** від дня народження **Акселя Хуго Теодора Теорелля** – шведського біохіміка. В 1921 р. вступив до Каролінського інституту в Стокгольмі, навчальну програму завершив за 3 роки і в 1924 р. отримав ступінь магістра медицини. Працював асистентом з медичної хімії Каролінського інституту. Після одержання в 1928 р. звання професора захистив дисертацію на тему: “Ліпіди плазми” і в 1930 р. отримав ступінь доктора філософії. У 1932 р. був призначений ад’юнкт-професором медицини та фізичної хімії Упсальського університету. В 1933-1934 рр. працював в Інституті клітинної фізіології кайзера Вільгельма в Берліні над проблемою виділення та ідентифікацій ферментів, що каталізують окисні реакції. У 1935 р. Теорелль повернувся до Стокгольму і зацікавився дослідженням цитохрому С. В 1937 р. Теорелль був призначений професором та керівником відділу медичного Нобелівського інституту. Наприкінці 40-х років Теорелль разом з Б. Чансом з Пенсильванського університету вивчали роль алкогольдегідрогеназ, які каталізували окислення алкоголю до ацетальдегіду.

**В 1955 р. А.Х.Т. Теореллю була присуджена Нобелівська премія “за відкриття, що стосуються природи та механізму дії окисних ферментів”.**

Теорелль був гідно пошанований при житті: медаль Пауля Каррери з хімії Цюріхського університету, медаль Шеле Асоціації німецьких фармакологів, медаль Сіба Лондонського біохімічного товариства, медаль на честь 150-річчя Каролінського інституту. Він був членом Шведської хімічної асоціації, Шведського товариства лікарів та хірургів, Королівської АН Швеції, Міжнародного біохімічного товариства, Датської королівської, Норвезької та Американської АН та мистецтв, Лондонського королівського товариства; удостоєний почесних ступенів університетів Парижа, Пенсильванії, Кентуккі, Мічігану, Брюсселя.

Після перенесеного в 1974 р інсульту здоров’я почало погіршуватися і 15 серпня 1982 р. на 80 р. життя Хуго Теорелль помер.

**7 липня – 170 років** від дня народження **Камілло Гольджі** – італійського гістолога і патолога. Вступив до університету Павії, де вивчав медицину. У 1865 р. здобув медичний ступінь. Після завершення навчання почав працювати в психіатричній лікарні Сан-Матео. Займався вивченням структури мозку та нервової системи в лабораторії мікроскопії, якою керував Д. Біццоццо. Перші дослідження Гольджі з мікроскопічної нейроанатомії були опубліковані в 1860 р. В 1872 р. Гольджі став головним санітарним інспектором лікарні для хронічних хворих. В 1875 р. Гольджі повернувся в Павію викладачем гістології, а в 1879 р. став читати лекції з анатомії в Сієнському університеті. Через деякий час став завідувачем кафедри загальної патології. На початку 1880 р. метод забарвлення азотнокислим сріблом

нейронів у чорний колір широко розповсюдився серед нейроанатомів і знання про структуру нервових клітин швидко почали зростати. У 1898 р. Гольджі відкрив усередині нервових клітин “тонку сітку з переплетених ниток”. З виходом електронного мікроскопа апарат Гольджі був визнаний реально існуючим: вважають, що він бере участь в модифікації та секреції білків.

**В 1906 р. К. Гольджі та Рамон-і-Кахаль отримали Нобелівську премію “на знак визнання їх праць про структуру нервової системи”.**

З 1885 по 1893 р. Гольджі займався проблемою малярії. У 1900 р. К. Гольджі був обраний сенатором, призначений деканом медичного факультету і президентом Університету Павії. Вийшов на пенсію у 1918 р.

Помер 21 січня 1926 р. на 83 році життя.

**12 липня – 150 років** від дня народження **Альбера Шарля Кальметта** – французького мікробіолога та гігієніста. Народився в Ніцці. Закінчив у 1883 р. Паризький університет. Працював морським лікарем. З 1890 р. працював в Пастерівському інституті. За дорученням Л. Пастера організував філіал Пастерівського інституту в 1891 р. у Сайгоні (тепер Хошимін). В 1891-1893 рр. працював лікарем-бактеріологом в Індокитаї. З 1895 р. був директором заснованого ним Пастерівського інституту в Ліллі і одночасно професором гігієни та бактеріології університету в Ліллі (1898-1917). З 1917 р. А.Ш. Кальметт – віце-директор Пастерівського інституту в Парижі.

А. Кальметт опублікував понад 200 робіт з бактеріології, епідеміології, гігієни, фармакології. Найбільш важливі його дослідження стосуються розробки методів боротьби з туберкульозом, чумою, віспою. Разом з К. Гереном (С. Guerin) створив протитуберкульозну вакцину, що стала застосовуватися у всьому світі під назвою вакцини “BCG”. Це була одна з перших живих бактеріальних вакцин. Вперше він застосував її на новонароджених у 1921 р. за його ініціативою у Франції були організовані туберкульозні диспансери (1901 р. в Ліллі). А. Кальметт запропонував діагностичну реакцію на туберкульоз. В 1893-1897 рр. він вивчав епідеміологію чуми в Сайгоні і разом з А.Ж.Е.Йерсеном вперше застосував серотерапію. Йому належить метод очистки протівіспоюї вакцини. В 1891-1914 рр. вивчав зміїні отрути і запропонував сироватку для лікування при укусах змій. Разом з Е.Ру та А. Боррелем приготував (1894) першу протичумну вакцину з мікробів, вбитих нагріванням.

Відомі капітальні дослідження А. Кальметта з біологічної очистки стічних вод (1905-1914).

Помер 29 жовтня 1933 р. на 71 році життя.

**12 липня – 85 років** від дня народження **Еліаса Джеймса Корі** – американського хіміка-органіка. Народився в родині ліванських християнських емігрантів в Массачусетсі біля Бостона. В 1945 р. вступив до Массачусетського технологічного інституту. В 1948 р. він отримав ступінь бакалавра, а в 1951 р. – ступінь доктора філософії. Далі навчався в Університеті штату Іллінойс, де і став професором хімії у 1956 р. В 1959 р. переїхав до Гарвардського університету. В 1988 р. Е.Д. Корі був нагороджений Національною медаллю науки. Він має понад 1000 публікацій. У 2002 р. Американське хімічне товариство (ACS) визнало його “найбільш цитованим автором з хімії”. За своє життя він отримав понад 40 великих нагород від різних наукових товариств, академій, організацій.

**15 липня – 95 років** від дня народження **Вернона Бенджаміна Маунткасла** – американського нейрофізіолога. Народився в Шелбівіллі (шт. Кентуккі). В 1938 р. закінчив Роанський коледж в Селемі (шт. Вірджинія) та медичну школу Університету Джонса Хопкінса в Балтиморі. До 1943 р. працював в госпіталі Дж. Хопкінса, з 1948 р. – в медичній школі Університету Дж. Хопкінса. В 1959 р. став професором фізіології, з 1964 р. – директор відділу фізіології.

Наукові роботи присвячені фізіології ЦНС та нейронним механізмам чутливості. Вивчав нейронну організацію та соматотопію кори головного мозку. Запропонував теорію колонкової будови кори, подав кількісну характеристику колонок. Вивчав корковий контроль рухової активності. Редактор журналу “Ньюрофізіолоджі” (1951-1969). Член НАН США (з 1974), Американської академії мистецтв і наук (з 1974), президент Американського неврологічного товариства (з 1971), почесний член декількох наукових товариств та університетів.

**18 липня – 135 років** від дня народження **Вітольда Валеріяна Новіцкі** – польського лікаря. Народився в м. Бохня (Польща). Закінчив медичний факультет Краківського університету в 1902 р. В 1902-1908 рр. – асистент, в 1908-1913 рр. – доцент, в 1913-1919 рр. – професор, в 1919-1941 рр. – завідувач кафедри патологічної анатомії, за сумісництвом декан медичного факультету (1923-1924, 1939) Львівського університету. В 1920-1921 рр. – Президент Львівського лікарського товариства, засновник музею гігієни Львівського університету (1930), співзасновник курорту Моршин. Напрями наукових досліджень пов’язані з експериментальною терапією пухлин, зокрема, раку легень, патофізіологією гормональної регуляції, патанатомією інфекційних захворювань, патанатомічною казуїстикою.

Автор близько 90 наукових праць польською, німецькою та французькою мовами, серед них низка монографій, підручник в 3-х томах. Підготував 4 професорів.

Загинув трагічно 4 липня 1941 р.: без суду страчений німецькими окупантами на 63 році життя.

**20 липня – 120 років** від дня народження **Антоні Добжанські** – польського лікаря. Народився в с. Лозівка Тернопільської області. В 1919 р. закінчив медичний факультет Львівського університету. В 1923-1926 рр. стажувався з оториноларингології у Відні, Парижі Бордо, Страсбурзі. В 1918-1920 рр. – хірург в армії, 1921-1932 рр. – асистент кафедри оториноларингології Львівського університету, в 1932-1938 рр. – доцент кафедри, в 1938-1941 рр. – професор кафедри оториноларингології Львівського університету / медичного інституту і за сумісництвом керівник ЛОР-відділень Львівських лікарень (1932-1939); професор Варшавського таємного університету (1941-1944); завідувач кафедри і клініки оториноларингології (1945-1953); декан медичного факультету (1947-1949) Варшавського університету / медичної академії. В 1929 р. отримав вчене звання доцента, в 1938 р. – вчене звання професора. В 1950 р. – член –кореспондент ПАН.

Займався проблемами удосконалення методів знечуження, пластичної хірургії гортані, носовушних ділянок обличчя, лікування папілом гортані та лікування склероми. Автор близько 50 наукових праць, в т.ч. французькою, німецькою мовами, редактор польських і міжнародних журналів з оториноларингології. Підготував 3 професорів.



Помер 13 лютого 1953 р. на 60 році життя.

**20 липня – 110 років** від дня народження **Володимира Сергійовича Русинова**. Народився в м. Баку. В 1926 р. закінчив Ленінградський університет. Учень О.О. Ухтомського. Працював в Інституті нейрохірургії АМН СРСР та в Інституті вищої нервової діяльності АН СРСР. В.С. Русинов працював над проблемами експериментальної та клінічної електрофізіології. В його лабораторії упродовж багатьох років проводилося електрофізіологічне дослідження умовнорефлекторної діяльності людини, а саме умовнорефлекторної перебудови ритмів ЕЕГ. Упродовж багатьох років вчений був керівником та консультантом фізіологічної лабораторії Інституту нейрохірургії імені акад. М.Н. Бурденка РАМН. Співпрацівниками В.С. Русинова вперше в світі проведені систематичні дослідження ЕЕГ методами математичного аналізу із застосуванням ЕОМ у хворих з органічними ураженнями головного мозку з різним ступенем церебральної декомпенсації. В 1978 р. В.С. Русинов обраний академіком АМН СРСР. Наукові роботи відзначені премією імені О.О. Ухтомського (1952), імені І.П. Павлова (1967), імені І.М. Сеченова (1992). За час своєї наукової діяльності В.С. Русинов підготував багатьох спеціалістів-нейрофізіологів, опублікував цілу серію фундаментальних монографій. Його учні очолюють лабораторії науково-дослідницьких та клінічних установ.

Помер В.С. Русинов у 1995 р. на 92 році життя.

**21 липня – 90 років** від дня народження **Рудольфа А. Маркуса** – американського хіміка канадського походження. Закінчив університет МакГілла в Монреалі в 1946 р. і отримав ступінь доктора філософії. Пройшов постдокторську програму в Національній дослідницькій Раді Канади в Оттаві. На початку 50-х років Р.А. Маркус працював в Політехнічному інституті в Брукліні, в 1964 р. перейшов працювати в університет Іллінойса, а в 1978 р. став професором Каліфорнійського технологічного інституту. Майже рік читав лекції в Оксфорді, був професором Мюнхенського технологічного університету.

**В 1992 р. отримав Нобелівську премію з хімії “за внесок в розвиток теорії електронних трансферних реакцій в хімічній системі”.**

**22 липня - 125 років** від дня народження **Зельмана Абрахама Ваксмана** – американського мікробіолога. Народився в с. Нова Прилука Липовецького району Вінницької області. Навчався в Одеській гімназії, яку закінчив у 1910 р. Мрія про університетську освіту заставила його емігрувати в США і оселитися у своїх сестер, які володіли фермою поблизу Метьюгена (штат Нью-Джерсі). Він вступив у сільськогосподарський коледж і почав вивчати мікробіологію ґрунту. В 1915 р. здобув ступінь магістра природознавчих наук і отримав громадянство США. Вже у 1915 р. дослідник виділив з ґрунту один із видів актиноміцетів. В 1918 р. дістав ступінь доктора філософії. З. Ваксман повернувся у Рутгерс, де спочатку читав лекції, а в 1925 р. був призначений ад'юнкт-професором, в 1931 р. – професором з мікробіології ґрунту, в 1943 р. – професором мікробіології. В Рутгерсі З. Ваксман став провідним спеціалістом в галузі мікробіології. В 1932 р. Американська національна асоціація боротьби з туберкульозом звернулася до нього з пропозицією вивчити процес руйнування палички туберкульозу в ґрунті. В кінці 30-х – на початку 40-х років група дослідників на чолі з Ваксманом вивчили біля 10 тисяч різних ґрунтових мікробів у пошуках антибіотиків, які б руйнували мікроби і

були нешкідливі для людини. В 1943 р. послідовники Ваксмана виявили стрептоміцин. Після 3-х років тестування та доробки у 1946 р. стрептоміцин став широко використовуватися.

**У 1952 р. З. Ваксман був нагороджений Нобелівською премією “за відкриття стрептоміцину, першого антибіотика, ефективного при лікуванні туберкульозу”.**

При житті З. Ваксман був удостоєний багатьох нагород, отримав почесні докторські ступені декількох університетів, був членом багатьох наукових товариств.

Помер З. Ваксман 16 серпня 1973 р. на 86 році життя.

**25 липня – 105 років** від дня народження **Миколи Миколайовича Жукова-Вережнікова** – радянського мікробіолога та імунолога. Народився в Акше (Забайкалля). В 1930 р. закінчив Московський університет. В 1932-1948 рр. працював у різних науково-дослідних установах Саратова та Ростова-на-Дону. В 1948 р. організував і очолив лабораторію експериментальної імунобіології в Інституті експериментальної біології АМН СРСР. В 1948 р. обраний академіком АМН СРСР. В 1948-1950 рр. став директором цього інституту. В 1950 р. був нагороджений Державною премією СРСР. В 1952-1954 рр. – заступник міністра охорони здоров'я СРСР, в 1949-1953 рр. – віце-президент АМН СРСР. З 1955 р. завідувач відділу імунології Інституту експериментальної біології АМН СРСР. Наукові роботи присвячені проблемам загальної та експериментальної імунології та мікробіології. Досліджував чуму та холеру. Запропонував методи профілактики цих хвороб. В 1949 р. створив живу протичумну вакцину. Розробив метод лікування легеневої чуми. Займався проблемами трансплантаційної імунології та імунології раку. Розробив принцип отримання протигрипозної вакцини. Очолив дослідження із визначення впливу умов космічного польоту на бактерії, клітини і тканини людського організму.

Помер 26 лютого 1984 р. на 73 році життя.

**26 липня – 180 років** від дня народження **Ігнаци Барановські** – польського терапевта. Народився у м. Люблін. Закінчив економічний (1852) та медичний факультет (1858) Дерптського університету. Стажувався в університетах Кракова, Парижа, Гейдельберга, Берліна (1859), Відня (1860). Працював ординатором терапевтичного відділу шпиталю св. Духа (1858-1862), шпиталю Діти Ісуса (1862) у Варшаві; асистентом (1860-1862), ад'юнктом ((1862-1869) кафедри і клініки внутрішніх хвороб. В 1869 р. отримав звання доцента. В 1866-1871 рр. – керівник кафедри медичної діагностики. В 1871 р. отримав звання професора. В 1871-1872 рр – керівник 1-ої кафедри терапії №1, в 1872-1886 рр. – керівник кафедри загальної терапії та медичної діагностики Варшавського медико-хірургічної академії / Варшавського університету. У 1882 р. отримав догану від російської влади за захист польських національних інтересів. В 1886 р. позбавлений права викладання в університетах. Упродовж 1886-1919 рр. займався приватною лікарською практикою. Був дійсним членом (1862), почесним членом (1883), головою Варшавського лікарського товариства (1894-1897), дійсним членом (1881), почесним членом (1886), віце-головою Люблінського лікарського товариства (1886-1887). Doctor Honoris Causa Ягеллонського університету (1900), Львівського університету (1912).

Напрями наукових досліджень охоплювали проблеми кардіології, пульмонології, бактеріології, зокрема, туберкульозу. Заповів кошти Варшавському лікарському товариству,

Люблінськкому лікарському товариству, Державній бібліотеці. Співорганізатор декількох протитуберкульозних санаторіїв.

Помер 24 лютого 1919 р. у Варшаві на 86 році життя. Посмертно отримав титул Почесного професора Варшавського університету.

**26 липня – 150 років** від дня народження **Пауля Вальдена** – німецького хіміка латиського походження. Народився на хуторі Піпени Вольмарського повіту Ліфляндської губернії Росії в 1863 р. В 1882 р. закінчив Ризьке реальне училище і вступив до Ризького політехнічного інституту. Після закінчення інституту в 1888 р. був залишений на посаді асистента. В 1891 р. захистив в Лейпцігському університеті дисертацію на ступінь доктора філософії, а в 1899 р. – докторську дисертацію на тему: “Матеріали до вивчення оптичної ізометрії”. В 1892 р. став доцентом, а в 1893-1919 рр. – професор аналітичної та фізичної хімії Ризького політехнічного інституту. В серпні 1919 р. емігрував до Німеччини і став професором Ростокського університету, де пропрацював до пенсії (1934).

Своє видатне відкриття в галузі стереохімії – явище обернення стереоізомерів П. Вальден здійснив в 1895 р.

З 1947 по 1957 рр. П. Вальде працював професором Тюбінгенського університету.

Помер 22 січня 1957 р. на 94 році життя.

**26 липня – 105 років** від дня народження **Михайла Михайловича Шем’якіна** – радянського хіміка-органіка. Народився в Москві. В 1930 р. закінчив Московський університет. Працював в НДІ органічних напівпродуктів і фарбників (1930-1935), у Всесоюзному інституті експериментальної медицини (1935-1945), в Інституті біологічної та медичної хімії АН СРСР (1945-1961). В 1958 р. М.М. Шем’якін був обраний академіком АН СРСР. В 1957-1960 рр. він працював в Інституті органічної хімії АН СРСР. В 1959 р. організував і очолив Інститут хімії природних сполук АН СРСР. В 1963-1970 рр. був обраний академіком-секретарем Відділення біохімії, біофізики та хімії фізіологічно активних сполук АН СРСР, членом Президії АН СРСР.

Основні наукові праці присвячені хімії природних біологічно активних сполук та молекулярній біології. Розвинув разом з О.О. Браунштейном загальну теорію дії піридоксалевих ферментів. Розробляв методи синтезу багатьох типів органічних сполук – антибіотиків, вітамінів, амінокислот, хінонів. В 1966 р. синтезував тетрациклін. Вивчав функцію та структуру важливих біополімерів та біорегуляторів. Частина робіт присвячена дослідженню білків, пептидів, біологічних мембран. Керував роботами, що пов’язані з вивченням фізико-хімічних основ життя. Створив наукову школу хіміків-органіків. В 1969 р. був нагороджений званням Героя Соціалістичної праці. Член деяких наукових товариств.

Помер 26 червня 1970 р. під час участі в роботі міжнародного симпозіуму з хімії природних сполук на 62 році життя. Його іменем названий Інститут біоорганічної хімії АН СРСР.

**29 липня – 155 років** від дня народження **Ліверія Осиповича Даркшевича** – російського і радянського невропатолога. Народився в Ярославлі. В 1882 р. закінчив Московський університет, де і працював. В 1883-1887 рр. спеціалізувався в лабораторіях і клініках західноєвропейських неврологів. З 1892 р. – професор Казанського університету,

де організував клініку нервових хвороб, з 1917 р. – професор кафедри нервових хвороб 1-го Московського університету. Основні наукові роботи присвячені фізіології та патології ЦНС та ПНС. Досліджував будову та функції епіфізу, ядер стовбура (були названі його іменем) та інших утворень головного мозку. Створив схему іннервації органу зору. Одним із перших дослідив атрофію м'язів при артритах, а також вказав на сифілітичну природу спинної сухотки. Разом з В.М. Бехтеревим організував товариство невропатологів та психіатрів Казані в 1893 р.

Помер 28 березня 1925 р. на 67 році життя.

**29 липня – 120 років** від дня народження **Влодзімежа Косковського** – польського лікаря. Народився у м. Лащув (Польща). У 1911 р. закінчив гімназію у Львові. У 1918 р. – медичний факультет Львівського університету. В 1913-1917 рр. – демонстратор кафедри. В 1918-1925 рр. – асистент кафедри, водночас (1918-1920) - лікар у діючій армії. Стажувався у Парижі (1921-1922), Лозанні (1922-1923), Лондоні, Балтиморі (1924). В 1924 р. отримав вчене звання доцента. В 1925-1936 рр. – надзвичайний професор, в 1925-1939 рр. – завідувач кафедри фармакології, в 1937-1938 рр. – декан медичного факультету, в 1936-1937 рр. – професор Львівського університету. В 1939 р. мобілізований як лікар у Польську армію. В 1941-1947 рр. – зав. кафедри фармакології польського відділу Единбурзького університету, в 1949-1963 рр. – зав. кафедри фармакології і фізіології Александрійського університету (Великобританія). В 1963-1965 рр. – лікар у м. Свіндон. Наукові інтереси: лікарська практика, хімія, фармакологія. Створив фармакологічну школу у Львові. Разом з Н. Гонсьоровським та Р. Ренцьким заснував курорт Моршин для студентів і працівників Львівського університету. Автор біля 100 праць, член Львівського наукового товариства (1931), член-кореспондент (1932), дійсний член ПАН (1935), член-кореспондент Англійського наукового товариства хіміків і біологів, головний редактор “Pol. Gaz. Lek” (1924), член редколегії “Archives Internationales de Pharmacodynamie et Therapie”. Нагороджений командорським хрестом ордена відродження Польщі (1937), Хрестом рицарського ордена св. Яна в Єрусалимі. Очолював Польський Червоний Хрест у Лондоні (1940-1946).

Помер 20 травня 65 р. на 72 році життя.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Мирский М.Б. Земмельвейс Игнац Филипп / М.Б. Мирский // БСЭ. В 30 томах. Т. 9: Евклид-Ибсен / гл. ред А.М.Прохоров. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1972. – С. 1485.
2. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Земмельвейс Ігнац]. – С. 173.
3. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Гассер Герберт Спенсер]. – С. 89.
4. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Теорелль Аксель Гуго Теодор]. – С. 254.
5. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Гольджи Камілло]. – С. 76.

6. Миленушкин Ю.И. Кальметт Альбер // БМЭ. В 36 томах. Т. 10: Кабаков-Коалесценсия / гл. ред. – акад. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – М. Советская энциклопедия, 1979. – С. 46.
7. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. - Из содерж.: [Кальметт Альбер Шарль]. – С. 284-285.
8. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Кальметт Альбер]. – С. 212
9. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. - Из содерж.: [Маунткастл Вернон]. – С. 408.
10. Білінська І. Новіткі Вітольд Валеріян / І. Білінська, Д. Зербіно // // 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. 236-237.
11. Кіцера О. Добжанські Антоній / О. Кіцера, І. Білінська, Н. Загайко // 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. 108-109.
12. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Русинов Владимир Сергеевич]. – С. 545.
13. К 100-летию со дня рождения В.С. Русинова. Владимир Сергеевич Русинов // Журн. вестн. нерв. деятельности. – 2003. – Т.53. – №4. – С. 389-390.
14. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: Закарпаття, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Ваксман (Waksman) Зельман Абрахам]. – С. 157-159.
15. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Ваксман Зельман Абрахам]. – С. 117.
16. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Жуков-Вережников Николай Николаевич]. – С. 250.
17. Абрагамович О. Барановські Ігнаці / О. Абрагамович, С. Різничок // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 12-13.
18. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Шемякин Михаил Михайлович]. – С. 701.
19. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Даркшевич Ливерий Осипович]. – С. 213.
20. Білінська І. Косковський Владзімеж / І. Білінська // Encyclopedia. Львівський національний університет імені Івана Франка. В 2 т. Т.1: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 652.

КЛОД БЕРНАР

До 200-річчя від дня народження



*Клод Бернар – не лише фізіолог,  
але й сама фізіологія*

*Жан Батист Дюма*

*французький хімік*

Народився 12 липня 1813 р. в маленькому селі Сен-Жюльєн, в центрі провінції Божоле, яка славиться своїм вином. Батько був власником невеликого винограднику і за сумісництвом виконував обов'язки сільського вчителя. Після такого початкового навчання маленький Клод навчався у кюре Сен-Жюльєна, потім поступив у єзуїтський коледж у Вільфранші, після цього в коледж Туасе. На початку 1832 р. почав працювати в аптеці на околиці Ліона, але в липні 1833 р. покинув аптеку і вирішив стати поетом і драматургом. Але в листопаді 1834 р. отримав від знаменитого літературного критика в Парижі негативну оцінку своїх письменницьких талантів і пораду присвятити себе медицині. В 1834 р. став студентом медичного факультету Паризького університету.

В студентські роки К. Бернар захоплювався анатомією та фізіологією, хоча в 30-40 рр. XIX ст. ці дисципліни не вважалися наукою. Єдиним фізіологом-експериментатором у Франції був відомий Франсуа Мажанді (1783-1855), який зробив ряд відкриттів з фізіології центральної та периферичної нервової системи, травлення. В 1839 р. завершив навчання в Паризькому університеті та упродовж 2 років працював інтерном в різних клініках Парижу. В 1841 р. став інтерном в клініці “Отель Дьє”, якою керував Ф. Мажанді.

К. Бернар познайомився з Ф. Мажанді в старій лікарні “Отель Дьє” і лікар-фізіолог запропонував молодому колезі роботу в своїй клініці, а згодом в Колеж Франс, де була організована фізіологічна лабораторія. Відвідуючи лекції Ф. Мажанді в Колеж де Франс К. Бернар допомагав йому при демонстраціях. Ф. Мажанді швидко оцінив його здібності як експериментатора і запросив на штатну посаду препаратора. В 1841 р. К. Бернар перейшов з лікарської роботи в експериментальну фізіологічну лабораторію, що і визначило його майбутню діяльність. Величезна працездатність дозволяла йому працювати з 8 год. ранку до 24 год. ночі. Саме тут, в Колеж де Франс Клод Бернар написав докторську дисертацію на тему: “Про роль шлункового соку в травленні” і захистив її в 1843 р.

В 1847 р. він став офіційним заступником Ф. Мажанді і почав читати в Колеж де Франс курс лекцій.

В науковій діяльності К. Бернара прослідковуються 2 етапи: 1843-1868 рр. – він присвятив вивченню нормальної та патологічної фізіології, а в 1868-1877 рр. – розробці проблем загальної фізіології.

Перші 10 років наукової роботи були для нього надзвичайно важкими через матеріальні негаразди, але найбільш плідними в кар'єрі вченого. За цей час йому чотири рази присуджували премію Академії наук з експериментальної фізіології.

Перша робота К.Бернара присвячена вивченню анатомії та фізіології секреторного нерва слинної залози (1843) починає його цикл досліджень з фізіології травлення, що принесли К.Бернару світову славу. В цих дослідженнях К.Бернар детально описав

фізіологічні методи виділення травних соків, значення перетравлюючих властивостей слини, шлункового соку, секрету підшлункової залози для здорового та хворого організму. В 1849 р. Французька АН присудила йому премію за роботи з фізіології травлення. Досліджуючи процес засвоєння вуглеводів Бернар відкрив глікогеноутворюючу функцію печінки і експериментально показав здатність печінки перетворювати глікоген в цукор. Роботи К. Бернара по глікогеноутворюючій функції печінки і ролі печінки в підтримці необхідного рівня цукру в крові були удостоєні в 1852 р. вищої премії Французької АН.

В 1849 р. К. Бернар зробив 2 великі відкриття: він доказав важливу роль підшлункової залози для розщеплення жирів, білків та вуглеводів. Він вияснив, що клітини печінки здатні синтезувати із вуглеводів та білків їжі тваринний цукор і дав йому назву “глікоген”. Це відкриття стало початком ендокринології. К. Бернар детально вивчив нервову регуляцію процесів синтезу та розпаду глікогену. Він відкрив, що укол в дно IV шлуночка (“цукровий укол”) викликає посилений вихід глюкози з печінки в кров (експериментальний діабет). Дякуючи ниркам тварина звільнюється від надлишку глюкози в крові. Це відкриття виявило роль головного мозку в процесах обміну речовин, роботі органів виділення і стало поштовхом до вивчення функцій печінки та нирок у нормі та патології.

В березні 1852 р. К. Бернар відкрив судинозвужувальну функцію симпатичної нервової системи, а дещо пізніше – нерви-вазоділятори.

В 1854 р. в Сорбонні на природничому факультеті організували кафедру загальної фізіології. Упродовж 14 років її очолював К. Бернар. До 1854 р. не припиняв свого зв'язку з клінікою: робив операції, консультивав хворих. Це особливо проявилось на його роботах із фармакології та токсикології. В 1855 р. після смерті Ф. Мажанді К.Бернар очолив його кафедру в Колеж де Франс.

К. Бернар вивчав дію отрут (кураре, стрихніну, нікотину, дигіталісу, соканчара, синильної кислоти, чадного газу на різних тварин. Він доказав, що синильна кислота та чадний газ вступають в сполуку з гемоглобіном, що призводить до загибелі тварин; вияснив особливості впливу отрут на органи тварин і встановив вікові особливості стійкості тварин до отрут. Він також вивчав вплив ефіру, хлороформу, алкоголю, морфіну на тварин та рослин, що було важливо для хірургічної клініки.

В 1868 р. К. Бернар полишив роботу в обох університетах і очолив кафедру та лабораторію в Музеї природної історії. Почався новий етап його наукової діяльності. Він вивчав процеси бродіння та окислення, явища анабіозу на рослинах та тваринах, його цікавили питання акліматизації в умовах різного атмосферного тиску.

Одним з величезних досягнень Клода Бернара було вчення про внутрішнє середовище організму. “Сталість та стійкість внутрішнього середовища є умовою вільного життя” – такий найбільш відомий його постулат. К. Бернар висловив концепцію про те, що така сталість є важливою умовою для прогресу вищих тварин та їх стійкості проти дії факторів середовища. Регуляція енергетичних запасів глікогену здійснюється ЦНС, яка сприймає інформацію від чутливих нервів і відповідним чином реагує. Ці ідеї К. Бернара майже 70 років пролежали без застосування. В 1932 р. У. Кеннон у своїй книзі “Премудрість тіла” згадав ідеї К. Бернара і сформулював принципи гомеостазису. Зміст цієї книги підштовхнув Н. Вінера на творчий контакт з У. Кенноном та О. Розенблютом і сприяв виникненню нової галузі знання – кібернетики.

Наукова діяльність Клода Бернара отримала високе визнання. Він був обраний членом Академії медицини, Академії наук, Академії літератури та мистецтв у Парижі, членом Академії наук Флоренції, Единбургу, Стокгольма, Мюнхена, Гаагу, Королівського

наукового товариства в Лондоні, членом-кореспондентом Петербурзької Академії наук, почесним членом Казанського університету, інших університетів та наукових товариств. Уряд Наполеона III нагородив його орденами, а в 1868 р. призначив сенатором.

Лекції видатного вченого були надруковані у 18 томах. 180 експериментальних праць – це великий внесок у скарбницю світової фізіології та медицини. Його лекції відвідувало багато молодих лікарів з різних країн. Цікаво про це написав Ф.В. Овсянніков: “Не дивлячись на те, що Бернар вважається в Парижі кращим фізіологом, на лекціях його буває більше іноземців, ніж французів. Тут ви зустрінете всі нації: голландців, англійців, німців, американців, італійців, шведів, іспанців. Більшість іноземців складають росіяни та англійці” [3, с. 69].

Бідність університетів Франції не дозволили К. Бернару виховати багаточисельну школу фізіологів та клініцистів. Але незважаючи на це, К. Бернару вдалося виховати групу видатних вчених Франції: хіміка М. Бертло, фізіологів П. Бера, Дафра, Ш. Ріше, Л. Ранвье, Моро, Ж. Д'Арсонваля. Його учнями були американські вчені: Мітчелл, Боудич, Етлі, Дальтон, англійський фізіолог Бурдон-Сандерсон, терапевт Певі, німецький фізіолог Кюне, італієць Веллі. З Росії до К. Бернара приїздили: гістолог Н.М. Якубович, фізіологи Ф.В. Овсянніков, І.М. Сеченов, І.Р. Тарханов, його лекції слухали клініцист С.П. Боткін, хіміки О.М. Бутлеров, Д.І. Менделєєв, О.П. Бородін, зоолог Н.П. Вагнер, фізіолог О.І. М'яновський.

В лютому 1878 р. К. Бернар застудився, захворів важким нефритом і 10 лютого 1878 р. на 65 році життя помер.

Парламент і Сенат Франції постановили поховати К. Бернара за державний рахунок. Урочиста церемонія відбулася 16 лютого 1878 р., через декілька років прах К. Бернара був перенесений до Пантеону.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Шидловский В. Бернар Клод / В. Шидловский // БМЭ. В 36-ти т. Т.3: Б-Боголенова / гл. ред. А.Н. Бакулев. – 2-е изд. – М., 1957. – С.818-822.
2. Лакасань А. Клод Бернар (К 150-летию со дня рождения) / А. Лакасань // Здравоохранение Белорусии, 1963. – №12. – С. 71-72.
3. Меркулов В.Л. Клод Бернар и его влияние на развитие медицины / В.Л. Меркулов // Советское здравоохранение. – 1964. – №8. – С. 67-70.
4. Карлик Л.Н. Клод Бернар / Л.Н. Карлик. – М.: Наука, 1964. – 270 с.
5. БМЭ. В 30-ти т. Т.9: Бари-Браслет / гл. ред. А.М. Прохоров. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1970. – 640 с. – Из содерж.: [Бернар Клод]. – С.250-251.
6. Греб К. Шеренга великих биологов / К. Греб. – Варшава: Наша ксенгарня, 1975. – 120 с.
7. Пионтовский И.А. Клод Бернар (К столетию со дня смерти, 1878-1978) / И.А. Пионтовский // Патологическая физиология и экспериментальная терапия, 1979. – Вып. 4. – С. 86-89.
8. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. - Из содерж.: [Бернар Клод]. – С. 64.
9. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА“Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Бернар Клод (Bernard Clande, 1813-1878)]. – С. 61-62.
10. Ткаченко Т. Великий фізіолог Клод Бернар / Т. Ткаченко // Фармацевт практик, 2009. – №2. – С. 56-58.



## ВИМОГИ

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

#### Загальні вимоги

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

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Мета статті.

Виклад матеріалу з висновками.

#### Вимоги до оформлення статті

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

#### Технічні вимоги щодо оформлення матеріалів

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

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

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

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

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

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

*Наукове видання*

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ**

**Здоровий спосіб життя**

Збірник наукових праць

Випуск 17 (83)

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

**С.Д. Бабляка** – кардіолога ЛОКЛ

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

**В.І. Гельнер** – приватного підприємця

**О.О. Слінько** – керівника Міжнародного центру корекції постави “Академія Грація”

**В.А. Токового** – приватного підприємця

**Ю.В. Федорова** – д-ра мед. наук, професора

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



Підписано до друку 18.07.2013  
Формат 60\*84/8. Папір офсетний  
Гарнітура Times New Roman  
Друк цифровий.  
Ум. друк. арк. 6,97. Фіз. друк. арк. 7,5.  
Наклад 90 прим.

Надруковано:  
ТзОВ «Графік Стар»