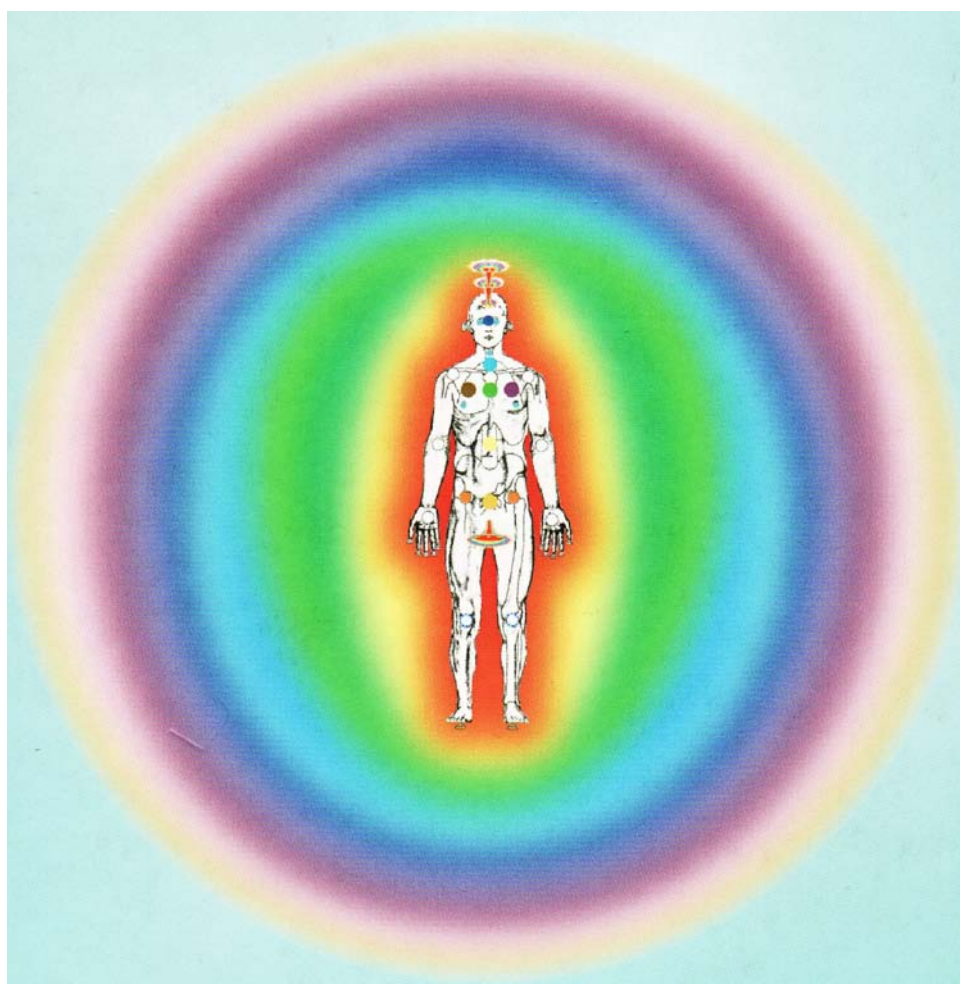


**Західний центр енергоінформаційних наук
Українська Міжнародна академія
профілактичної медицини НТШ**

ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ



**Збірник наукових праць
Випуск 18 (84)**

Львів 2013

УДК:613 (082)
ББК 52.201
Ф423

Редакційна колегія:

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

Редакційна рада:

Дроздовська В.А. – д-р геол.-мін. н., професор (Київ), **Dubala A.** – д-р екон. (Кельце, Польща), **Кравців Р.Й.** – д-р біол. н, професор (Львів), **Курик М.В.** – д-р фіз-мат.н, професор (Київ), **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. 18. – 75 с.

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

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

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

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

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

ISSN 2307-0722

© Ю. М. Панишко, 2013

ЗМІСТ

Відомості про авторів		4
Васильчук А.Л.	Чакра антисвіту, чакра Землі, коричнева чакра, чакра духовності Землі	5
Ковальчук І.Л.	Особливості організації навчально-виховного середовища в школі сприяння здоров'ю	12
Козак Л.П.	Роль фізичного виховання у здоровому способі життя учнів	16
Матвієнко Ю.О.	Клінічна картина гіперкінетичних синдромів	25
Проданчук О.М.	Демографічна ситуація в Україні	33
Шевчук Л.Т., Мельничук І.В.	Забезпечення населення якісною питною водою – як проблема державного значення	40
<i>ХРОНІКА</i>		
Редколегія	Поздоровлення ювілярів	46
Панишко Ю.М., Метельська Л.С., Фільчагова І.О.	Хроніка серпня. Ювілейні дати вітчизняних лікарів та вчених	47
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Цимбала О.М.	Пам'яті Мамеда Ашумовича Джафарова	56
Труханенко О.В.	Пам'яті Олександра Дмитровича Бурковського ...	59
Панишко Ю.М., Метельська Л.С.	Михайло Васильович Даниленко. До 95-річчя від дня народження	61
Панишко Ю.М., Метельська Л.С.	Хроніка серпня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених	64
Панишко Ю.М., Новикова Н.І., Лозинська Я.М.	Антуан Лоран Лавуазьє. До 270-річчя від дня народження	71
Редколегія	Інформаційний матеріал	74

Відомості про авторів

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

Ковальчук Ірина Лонгинівна – заступник директора Бродівської ЗОШ I-III ст. №4.

Козак Людмила Петрівна – вчитель фізичної культури I категорії Бродівської ЗОШ I-III ст. №3.

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

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

Мельничук Іванна Василівна – асистент кафедри економіки підприємства Івано-Франківського національного технічного університету нафти і газу

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

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

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

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

Труханенко Олександр Васильович – кандидат філологічних наук, доцент, письменник (Львів).

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

Цимбала Оксана Миронівна – бібліограф КЗ ЛОР “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

Шевчук Любов Теодорівна – доктор економічних наук, професор, проректор з наукової роботи та міжнародних зв'язків Тернопільського інституту соціальних та інформаційних технологій Міністерства освіти і науки України.

ЧАКРА АНТИСВІТУ, ЧАКРА ЗЕМЛІ, КОРИЧНЕВА ЧАКРА, ЧАКРА ДУХОВНОСТІ ЗЕМЛІ

Вперше у світі даються основні еніоанатомічні характеристики чакри антисвіту (чакри Землі).

Ключові слова: чакра антисвіту (чакра Землі); основна чакра; еніоанатомічна норма; значення; гіпотрофія; гіпертрофія; особливості; те, що невідомо про чакру.

Впервые в мире представлены основные эниоанатомические характеристики чакры антимира (чакры Земли).

Ключевые слова: чакра антимира (чакра Земли); основная чакра; эниоанатомическая норма; значение; гипотрофия; гипертрофия; особенности; то, что неизвестно о чакре.

For the first time in the world, enioanatomic characteristics of anti-world chakra (the Earth chakra) are introduced.

Key words: anti-world chakra (the Earth 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), 11-17 (77-83) Феномен людини. Здоровий спосіб життя

Чому чакра має чотири назви? Чакра Землі – тому, що з прогресивним розвитком тонкоматеріальних тіл, із соціальним, психічним, а особливо інтелектуальним, ментальним, емоціональним, моральним, етичним, естетичним і духовним розвитком людини кардинально змінюється інформаційний зміст специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм чакрових конусів чакри. Коли конуси наповнюються інформаціями фізичних, біологічних, соціальних, філософських, духовних та інших законів Землі, її природи і суспільства у взаємному співвідношенні і єдності, тоді по праву її можна назвати чакрою Землі, що уможливило в планетарному масштабі пізнати значення Землі для неї самої і розвитку усіх форм життя на Землі. Коричнева чакра – тому, що пелюстки чакрових конусів мають коричневий колір, зовнішня та середня оболонки мають колір відповідного тонкоматеріального тіла, так само як у медулярної чакри. Чакра антисвіту тому, що у специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах чакрових конусів чакри переважно знаходяться інформації, мікрочастки, світло та енергії антисвіту, антидуховності, антидушевності, антибожественності, зла та ін. Чим менше людина духовно розвинута, тим більша кількість інформаційно-енергетичних матеріалів антисвіту присутня в чакрових конусах чакри і тим більше конуси чакри чутливі до інформаційно-енергетичного впливу антисвіту. Тому чакра поза свідомістю і волею людини швидко активує функціональні режими поглинання інформацій, мікрочасток, світла та енергій антисвіту, що спрямовуються до усіх тонкоматеріальних тіл з відповідними негативними наслідками для її тіл, здоров'я, розвитку, психічних та соціальних проявів. Чакра Духовності Землі – тому, що переважна більшість духовної інформації Землі знаходиться у специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах чакрових конусів чакри, то її можна по праву називати чакрою Духовності Землі. При цьому інформаційний вміст специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм чакрових конусів чакри дає можливість людині зрозуміти, що Земля, як планета функціонує за такими ж законами, як і людина, реагує як людина і змінює свої геофізичні структури подібно до анатомічних структур фізичного тіла. Земля так, як і людина має свою духовність, яка є у відповідному співвідношенні з духовністю кожної людини, суспільства, біосфери, ноосфери, Всесвіту і духовного Буття.

Поступова трансформація у розвитку чакри від коричневих чакрових конусів до кольору відповідного тонкоматеріального тіла та у зміні інформаційного змісту їх специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм свідчить про прогресивний розвиток людини.

Чакра Землі, коричнева чакра, чакра антисвіту, чакра Духовності Землі є сукупністю 634-ох пелюсткових порожнистих конусів, телескопічно розміщених і з'єднаних до єдиної багаторівневої структури тонкоматеріальних тіл.

Еніоанатомічна характеристика чакри Землі:

1. За своєю участю у будові системи каналів відноситься до **основних** чакр тому, що вона бере участь у побудові основи правого зіркового каналу. Це найважливіша анатомічна структурна ознака, за якою чакру відносять до основних. Мікроканали чакри Землі беруть участь у будові додаткових структур сушумни, меруданди, іди, пінгали, лівого зіркового каналу, усіх меридіанів, чакрової автономної земної системи каналів, чакрової системи, субсистем та ультрасубсистем каналів і 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 чакри Землі неможлива будь-якою іншою чакрою, навіть найвищими духовними чакрами. На інформаційно-енергетичній основі чакри може виникнути нове, коричневе тонкоматеріальне тіло.
3. З точки зору будови чакрового конуса вона належить до **сегментарних** чакр. Кожний чакровий конус має 634-и пелюстки і повністю чакра має 9 510 пелюсток (15 x 634). Приведена кількість пелюсток може бути неточною і потребує дальшого дослідження. Кількість пелюсток чакрового конуса чакри Землі залежить від характеру функціонування чакрового конуса чакри і чакри в цілому. Пелюсткам чакрового конуса чакри Землі відповідає звукова вібрація мантри **АУМ**.
4. Відповідно до локалізації відноситься передня частина чакри відноситься до чакр **грудей**, а задня частина – до чакр **спини**. Вершини чакри локалізуються посередині правої половини грудної клітки і беруть участь в утворенні основи правого зіркового каналу.
5. Вона відноситься до **фронтально орієнтованих** тому, що основи її чакрових конусів орієнтовані фронтально, передньої частини чакри спрямовані вентрально, а задньої частини – дорзально.
6. За величиною діаметра розкритого базового внутрішнього (коричневого) конуса чакри вона відноситься до **великих** чакр тому, що повністю розкритий базовий конус має діаметр 6-8 см і більше.
7. За кількістю вона відноситься до **непарних** чакр тому, що в тонкоматеріальних тілах не існує жодної подібної їй чакри. Це є **комбінована** чакра, тому що вона складається з двох ідентичних частин – передньої і задньої.

Ця чакра в більшій мірі описана як чакра антисвіту тому, що досі у світовій літературі не має жодної інформації про два її суттєво відмінні прояви – як про чакру Землі і чакру Духовності Землі.

Чакра розміщується в просторі біля фізичного тіла на спільній фронтальній осі, що проходить над основою серця або в проекції основи серця у сагітальній площині, де знаходиться ще чакра анахата (центральна) і серцева чакра. В проміжку над основою серця або в проекції основи серця знаходиться серцева чакра, у проміжку проекції тіла грудни – чакра анахата, а посередині правої половини грудної клітки чакра Землі. Її вершини беруть участь у будові основи правого зіркового каналу та в утворенні додаткових структур сушумни, меруданди, іди, пінгали, лівого зіркового каналу і меридіанів.

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 земну систему мікроканалів. Земні мікроканали з'єднуються з вихідними сушумновими, мерудандовими, ідовими, пінгаловими, лівозірковими, оболонковими, меридіановими і чакровими мікроканалами інших чакр і таким чином беруть участь у створенні інтегральної системи каналів, яка складається із земної сушумнової, земної мерудандової, земної ідової, земної пінгалової, земної лівозіркової, земної оболонкової, земної меридіанової і земної чакрової субсистем. При цьому слід пам'ятати, що земних оболонкових, земних меридіанових та земних чакрових субсистем існує стільки, скільки є оболонок, меридіанів і чакр. Земних субультрасистем існує стільки, скільки є структур організму і тонкоматеріальних тіл. У кожній земній системі мікроканалів відбувається циркуляція, транспортування, перерозподіл і утворення специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій коричневого та усіх природних діапазонів електромагнітного спектра. В залежності від того, на якому рівні Буття знаходиться чакра, таким є інформаційний зміст її специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм. Якщо чакра перебуває на рівні Буття антисвіту, то має інформаційний зміст антисвіту, якщо на рівні Буття Землі – її інформаційний зміст відповідає законам Землі, механізмам розвитку Землі, міжпланетарному розміщенню Землі у Космосі, співвідношенню Землі з іншими планетами, усіма земними формами життя, процесами, які відбуваються на Землі і всього, що пов'язано із Землею. Якщо чакра знаходиться на рівні духовності Землі, тоді має інформаційний зміст духовності Землі, співвідношення духовності Землі з духовністю людства, Всесвіту і духовного Буття.

Мікроканали чакри антисвіту не можуть з'єднуватися з білою і золотою чотирьохшаровими структурами основи правого зіркового каналу, які утворюються оболонками білого і золотого тонкоматеріальних тіл та не можуть з'єднуватися з будь-якими іншими структурами білого та золотого тонкоматеріального тіла. Така структурна анатомічна властивість захищає біле і золоте тонкоматеріальне тіло, найвищу духовність, душевність і божественність в людині від інформаційно-енергетичного впливу антисвіту за допомогою чакри антисвіту. Чим більше розвинені біле і золоте тонкоматеріальні тіла, тим менший інформаційний вплив антисвіт може мати на ці тіла і людину.

Більшість людей не має достатньо розвинутих білого і золотого тонкоматеріальних тіл. Ці тіла не вміщують божественно чисті життєві специфічні інформаційно-енергетичні біоплазми, що дає можливість не лише під'єднання мікроканалів чакри антисвіту до їх структур, але й вільно проникати до їх внутрішнього простору інформацій, мікрочасток, світла та енергій антисвіту. Присутність інформаційного вмісту антисвіту у білому і золотому тонкоматеріальних тілах сповільнює, зупиняє і абсолютно унеможливорює духовний, душевний і божественний розвиток людини.

Чакра має дві однакові частини – передню і задню.

Якщо мова йде про чакру антисвіту, то у тонкоматеріальних тілах вона інформаційно-енергетично репрезентує антисвіт. У цьому випадку її чакрові конуси мають коричневий колір, тому її називають коричневою чакрою (Ігнатенко А.В., 1998). Інформаційно-енергетично вона поєднує людину з антисвітом, з інформаціями, мікрочастками, світлом, енергіями, флюїдами, голограмами та егрегорами антидуховності, антидушевності, антибожественності, зла і негативних емоцій людського, земного та космічного Буття, інформаційно-енергетично, голографічно і структурно бере участь у з'єднанні фізичного тіла з червоним, світлосяючим червоним, оранжевим, світлосяючим оранжевим, жовтим, зеленим та світлосяючим зеленим тонкоматеріальними тілами, а цих тонкоматеріальних тіл між собою. З розвитком тонкоматеріальних тіл і трансформації чакри антисвіту на чакру Землі і чакру Духовності Землі на інформаційно-енергетичній духовній основі, чакра помагає поєднанню фізичного тіла з усіма тонкоматеріальними тілами.

У світовій спеціальній літературі існує думка, що це тільки чакра антисвіту, що не відповідає інформаційному змісту її специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм. Щоб можна було визначити у кожної людини, яка це чакра, необхідно провести еніологічну діагностику. Коли у чакрі переважає інформаційно-енергетична матерія коричневого діапазону електромагнітного спектра, енергії емоцій зла, агресії, насилля, расизму,

руйнування, негативних емоцій, антидуховності, антидушевності та антибожественності, то це чакра антисвіту. Коричневі інформаційно-енергетичні біоплазми поєднуються тільки з тими червоними, світлосяючими червоними, оранжевими, світлосяючими оранжевими, жовтими, зеленими, світлосяючими зеленими, блакитними, бірюзовими, синіми, бузковими, фіолетовими, рожевими, білими і золотими інформаційно-енергетичними біоплазмами, які вміщують у собі інформації, мікрочастки, світло та енергії зла, агресії, насилля, расизму, руйнування, негативних емоцій, антидуховності, антидушевності і антибожественності. З білими і золотими специфічними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами коричнева інформаційно-енергетична біоплазма може поєднатися тільки у випадку, якщо ці біоплазми втратили духовний, душевний і божественний інформаційно-енергетичний зміст. Таким чином, виникає неідентична людині високоспецифічна інформаційно-енергетична біоплазма, яка є основою регресивного розвитку в гармонії з антисвітом. Якщо всі вище перелічені інформаційно-енергетичні біоплазми вміщують інформації духовного, душевного і божественного походження, то з ними не можуть бути з'єднані інформації, мікрочастки, світло та енергії антисвіту.

Потреба чакри – інформаційно-енергетична єдність з Духовністю Землі або з антисвітом; **основний принцип** – пізнання духовного Буття Землі або Буття антисвіту; **духовний аспект** – відповідальність за Землю або репрезентація антисвіту; **психічна потреба** – співвідношення духовності людини з Духовністю Землі або співвідношення людини з антисвітом; **емоції** – почуття єдності із Землею та її Духовністю або почуття належності до антисвіту і радості від зла, агресії, насильства, расизму, руйнування, негативних емоцій, антидуховності, антидушевності і антибожественності. Чакра антисвіту є інформаційно-енергетичним центром зла, агресії, насилля, расизму, руйнування, негативних емоцій, антидуховності, антидушевності і антибожественності, центром антагоністичної взаємної діяльності з чакрами та інформаційним змістом добра, миролюбності, милосердя, гуманізму, любові, творіння, духовності, душевності і божественності людини. Інформаційно, енергетично, інформаційно-енергетично, енергоінформаційно та електромагнітно забезпечує, посилює, контролює і керує інформаційно-енергетичні процеси зла, агресії, насилля, расизму, руйнування, негативних емоцій, антидуховності, антидушевності і антибожественності, процеси сповільнення розвитку форм, структур, внутрішньої архітекtonіки тонкоматеріальних тіл, і особливо чакр, які своїми функціями та функціональними можливостями інформаційно-енергетично забезпечують духовний розвиток людини, що супроводжується сповільненням або повним припиненням морального, етичного, естетичного, псі-феноменального, духовного, душевного і божественного розвитку людини. Акумуляовані чарковими конусами чакри антисвіту інформації, мікрочастки, світло та енергії непомітно для людини переорієнтують її свідомість від любові до ненависті, від добра до зла, від толерантності до нетерпимості, від гуманізму і людяності до расизму та фашизму, від творчого творіння до агресивного руйнування, від допомоги слабшим до насилля, від духовності до антидуховності, від душевності до антидушевності, від божественності до антибожественності. Функціональні прояви чакри антисвіту можуть контролюватися і посилюватися окремими вищими духовними чакрами, особливо чакрою камешвара-камешвари. Добре структурно-функціонально розвинута чакра антисвіту поступово переорієнтує людину від позитивного і духовного на деструктивні і антидуховні позиції. Інформаційно-енергетичне випромінювання чакри є настільки потужне і ефективне, що веде до сповільнення ротації інформаційно-енергетичних матерій за годинниковою стрілкою над основами усіх чакрових конусів усіх чакр і може цілком змінити напрямок ротації інформаційно-енергетичних матерій над основами чакрових конусів чакри вішудхи, анахати, серцевої, маніпури, свадхістхани, муладхари, усіх життєво важливих і функціонально забезпечувальних чакр та змінити їх функціональні режими. При цьому фізичне тіло посилюється, його фізіологічні функції достатньо забезпечуються інформаціями, мікрочастками, світлом та енергіями, фізичні показники і здоров'я досягають доброго стану і готові до агресивного руйнування та проявів властивостей антисвіту.

Еніоанатомічна норма чакри антисвіту (чакри Землі)

Чакра антисвіту, що розвинута до структурно-функціональної норми, забезпечує інформаційно-енергетичні процеси всіх органів фізичного тіла, усіх структур тонкоматеріальних тіл, зокрема, чакр сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів та меридіанів інформаціями, мікрочастками, світлом, енергіями і специфічними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами антисвіту для прояву зла, ненависті, агресії, насилля, расизму, руйнування, антидуховності, антидушевності, антибожественності та інших негативних емоцій. Чакра антисвіту на відміну від інших чакр інформаційно-енергетично уможливорює людині доступ до інформаційно-енергетичних полів антисвіту, які сприяють найвищому антидуховному розвитку людини і досягненню інформаційно-енергетичної ідентичності з антисвітом. При оптимально збалансованому і гармонійному функціонуванні у різних режимах розкритих чакрових конусів чакри антисвіту, поглинаються такі інформаційно-енергетичні матерії, котрі дають людині можливість в земних умовах репрезентувати антисвіт, проявляти у своїй діяльності властивості антисвіту, добре маскувати свою антидуховність, антидушевність, антибожественність, зло, ненависть, агресію, насилля, расизм, руйнування та інші негативні емоції. Інтелігентно, обережно, непомітно, дипломатично і під маскою високої духовності, людина пропагує властивості антисвіту.

Чакра є надзвичайно чутливою до інформаційно-енергетичних матерії антисвіту, поглинає повний аспект негативних інформаційно-енергетичних матерії антисвіту, зла, ненависті, агресії, насилля, расизму, руйнування, антидуховності, антидушевності, антибожественності та інших негативних емоцій людського, земного, космічного і антидуховного буття, швидко ними наповнює тонкоматеріальні тіла, чакри, канали, сітки субультраканалів і фізичне тіло. У деяких випадках людина для розвитку чакри антисвіту не мусить проявляти силу волі, інтелект, прикладати зусилля, проходити систему спеціального виховання, навчання і тренувань. Для розвитку чакри антисвіту потрібно лише, щоб середовище, в якому людина живе і працює, було наповнене негативними інформаціями, матеріальними носіями антидуховності, щоб людина спостерігала негативні психоемоціональні антидуховні, антидушевні і антибожественні прояви інших людей. Беручи до уваги чутливість, інформаційно-енергетичну силу і агресивність чакри необхідно, щоб люди максимально обмежили свій контакт з негативними інформаціями, матеріальними носіями антидуховності, інформаційно-енергетичними матеріями антисвіту, негативними психоемоціональними, антидуховними, антидушевними і антибожественними проявами будь-якого рівня. Особливу увагу слід приділяти дітям, тому, що вони ще не вміють відрізнити позитивне від негативного, духовність від антидуховності, та легко і швидко переорієнтовуються у своєму розвитку.

Сповільнити розвиток чакри антисвіту, знизити її функціональну активність та обмежити інформаційно-енергетичний вплив її антидуховного інформаційно-енергетичного потенціалу, можуть всебічно, гармонійно, збалансовано, універсально розвинуті і оптимально функціонуючі чакри анахата (центральна), серцева, аджна, медулярна, сахасрара та магатма. Подібну функцію також може ефективно виконувати чакра камешвара-камешвари (чакра Духовності, чакра Ісуса Христа), якщо вона розвинута на інформаційно-енергетичних основах духовності.

Структурно-функціональні стани і функціональні режими чакрових конусів чакри антисвіту обумовлюють, розширюють та посилюють антидуховність в людині з одночасним обмеженням і ослабленням духовності, орієнтують її на повну інформаційно-енергетичну залежність від антисвіту, на втрату права вільного вибору і на антидуховні, антидушевні та антибожественні прояви в матеріальному світі земного життя.

Якщо ж людина достатньо духовно розвинута, має розвинуті тонкоматеріальні тіла, володіє технологіями управління структурно-функціональними станами та функціональними режимами чакр, то може використати функціонування розкритих чакрових конусів чакри антисвіту для інформаційно-енергетичного очищення червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого та світлосяючого зеленого тонкоматеріальних тіл від інформаційно-енергетичних матерії антисвіту, зла, ненависті, злості,

агресії, насилля, расизму, руйнування, антидушевності, антидуховності, антибожественності та інших негативних емоцій.

Гіпотрофія і гіпофункція чакри антисвіту

Гіпотрофія і гіпофункція чакри антисвіту є для людини скоріше позитивною, ніж негативною тому, що в такому структурно-функціональному стані чакра мінімально поглинає інформаційно-енергетичні матерії антисвіту.

Як деформація формоструктури, функціональні порушення, інформаційно-енергетичні блокади чакри і блокади в чакрі антисвіту проявляються на фізичному рівні людини, поки що невідомо.

Посилена духовна інформаційно-енергетична стимуляція чакри антисвіту супроводжується поступовою зміною її антидуховного інформаційного змісту на духовний. Чакра може поступово досягнути такого структурного розвитку, який дасть їй можливість функціонувати на частотах земних людських цінностей і земної духовності. Коли все так відбувається, чакра антисвіту стає чакрою Землі, а на найвищому рівні свого розвитку стає чакрою Духовності Землі.

Гіпертрофія і гіперфункція чакри антисвіту

Гіпертрофія і гіперфункція чакри антисвіту проявляється прискореним структурно-функціональним розвитком, функціональними порушеннями, довготривалою функціональною активністю, дисфункціями, домінантним функціонуванням, частим, і непотрібним, повним розкриванням основ чакрових конусів, надлишком інформацій, мікрочасток, світла, енергій, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій антисвіту у внутрішньоконусових сітках субультраканалів і у порожнинах чакрових конусів, що призводить до сповільнення переходу з одного до іншого функціонального стану чакрових конусів чакри, до сповільнених інформаційно-енергетичних процесів в чакрових конусах з одночасним підвищенням інформаційно-енергетичної нечутливості і на кінець до самозаблокування і самодеструкції окремих структур чакри і навіть її чакрових конусів, що є на рівні цієї чакри для людини позитивним. При цьому прискорюється морфогенез фізичного тіла, формується сильне фізичне тіло і вже в дитинстві настає антидуховний розвиток людини. Щоб розвиток властивостей антисвіту не досягнув незворотності, потрібно невідкладно розпочати комплексне високодуховне виховання і навчання людини.

При гіперфункції чакрових конусів чакри антисвіту, створюється інформаційно-енергетична основа, що дає можливість людині проявити усі псі-феноменальні здібності в гармонії з потребами антисвіту. Всі позитивні властивості, особливості і здібності людини поступово, непомітно для неї самої, трансформуються на потреби антисвіту. Тому, від самої людини залежить який буде прояв чакри – як чакри антисвіту, як чакри Землі або як чакри Духовності Землі. Якщо людина у своїх думках, почуттях, емоціях, переживаннях, намірах і практичних діях допускається вчинків, які протирічать Божим заповідям, моральності, етиці, естетиці, духовності, душевності і божественності людини, то створюється інформаційно-енергетична основа для функціонування, розвитку і вдосконалення чакри антисвіту. В таких умовах чакра назавжди залишається чакрою антисвіту, ніколи не буде здатна досягнути такого структурного і функціонального розвитку, який би дав їй можливість функціонувати на інформаційно-енергетичній основі позитивних земних людських цінностей і Духовності Землі.

Цілеспрямоване виховання, навчання та спеціальне еніоанатомічне, інформаційно-енергетичне, еніопсихічне, ментальне і духовне тренування в гармонії з Духовністю Землі, Духовністю людини, Духовністю Всесвіту і Духовним Буттям уможлиблює поступово змінити інформаційний антидуховний зміст чакри на духовний, перебудувати чакрові структури і внутрішню архітектуру чакри так, щоб вона стала чутливою і могла функціонувати в частотних діапазонах Духовності Землі, людства, Всесвіту і Духовного Буття. Таким чином, поступово, може створюватися не тільки інформаційно-енергетична основа трансформації чакри антисвіту на чакру Духовності Землі, але й виникнення нового, коричневого тонкоматеріального тіла, яке можна назвати тілом Духовності Землі. Це свідчить про

необмежений і безкінечний еволюційний розвиток людини, який надає їй абсолютно нові властивості, особливості, здібності, функції та функціональні можливості.

Особливості чакри антисвіту

Особливості чакри Землі, коричневої чакри, чакри антисвіту, чакри Духовності Землі притаманні тільки їй, не можуть спостерігатися в будь-якій іншій чакрі і не можуть бути компенсовані жодною іншою чакрою:

- чакра є інформаційно-енергетичним центром антисвіту, зла, ненависті, злоби, агресії, насилля, расизму, руйнування, антидуховності, антидушевності, антибожественності та інших негативних емоцій або центром фізичних законів і Духовності Землі;
- у людини інформаційно-енергетично репрезентує антисвіт, зло, ненависть, злобу, агресію, насилля, расизм, руйнування, антидуховність, антидушевність, антибожественність та інші негативні емоції або закони і Духовність Землі;
- поступово переорієнтовує всі властивості, особливості, здібності, псі-феноменальність, духовність, душевність і божественність людини на користь антисвіту аж до такої міри, що людина починає репрезентувати антисвіт, або інформаційно-енергетично посилює псі-феноменальність, духовність, душевність і божественність людини в гармонії з фізичними та духовними потребами Землі;
- інформаційно-енергетична основа і специфічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми чакри антисвіту обмежують свободу вибору і прояву;
- інформаційно-енергетично поєднує людину з антисвітом;
- являється інформаційно-енергетичним центром антагоністичної інформаційно-енергетичної взаємодіяльності з іншими чакрами;
- може використовуватися для очищення червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого і світлосяючого зеленого тонкоматеріальних тіл від негативних причинно-наслідкових інформаційно-енергетичних матерій, тобто може функціонувати як чакра кармічного очищення;
- чакра має можливість трансформуватися на чакру Землі або на її найвищий ступінь розвитку – чакру Духовності Землі;
- на інформаційно-енергетичній основі чакри може виникнути нове, коричневе тонкоматеріальне тіло людини, яке можна назвати тілом Духовності Землі;
- якщо чакра є трансформована на чакру Землі або на чакру Духовності Землі, це дає можливість людині значно розширити і поглибити розвиток, вдосконалення і прояв усіх властивостей, особливостей, здібностей, функцій та функціональних можливостей в гармонії з потребами Духовності Землі;
- інформаційно-енергетична основа чакри Землі і Духовності Землі дає можливість людині всебічно пізнавати Землю, її закони, функціонування і те, що Земля потребує, щоб зберегти все те, що є на Землі з усіма формами земного життя, особливо те, що людина потребує в умовах Землі для свого дальшого прогресивного еволюційного розвитку і життя на Землі.

Те, що невідомо про чакру антисвіту

Те, що невідомо про чакру Землі, коричневу чакру, чакру антисвіту, чакру Духовності Землі:

- яке функціональне значення мають всі її чакрові конуси у станах чакри Землі, чакри Духовності Землі і чакри антисвіту;
- функції та функціональні можливості чакрових конусів у станах, коли вона є чакрою Землі, чакрою Духовності Землі і чакрою антисвіту, і в процесах поступової трансформації з чакри антисвіту на чакру Землі і чакру Духовності Землі;
- співвідношення інформацій, мікрочасток, світла та енергії антисвіту, людської Духовності, земної Духовності, Духовності Всесвіту і духовного Буття у високоспецифічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах розміщених в

порожнинах чакрових конусів і в субультраканалах внутрішньоконусових сіток чакри, у процесах її трансформації з чакри антисвіту на чакру Землі і чакру Духовності Землі.

Все, що стосується цієї чакри, фактично, людству невідомо.

Все те, що є невідомо про основні чакри може стосуватися будь-якої чакри. Щоб можна було на рівні окремої чакри зрозуміти те, що про неї невідомо потрібно усвідомити все, що відноситься до кожної окремої чакри а також те, що відноситься до всіх чакр.

Пізнання цієї чакри у трьох її станах – чакри антисвіту, чакри Землі та чакри Духовності Землі принесе нову інформацію про еніоанатомію, еніопсихологію і про тонкоматеріальну суть людини. Значно розширить уяву про саму людину, її можливих напрямках еволюційного розвитку і того, як людина може уникнути інформаційно-енергетичного впливу антисвіту, зла, ненависті, злості, агресії, насилля, расизму, руйнування, антидуховності, антидушевності, антибожественності та інших негативних емоцій і не допустити їх розвитку і прояву у своєму житті. Дасть можливість зрозуміти, чому у людини одночасно можуть виникати почуття, емоції, думки і практичні дії духовності і антидуховності, добра і зла, любові і ненависті, толерантності і нетерпимості, агресії і миролюбності та ін., та чому існує такий дуалізм.

Продовження у випуску 19 (85)

ЛІТЕРАТУРА

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

І.Л. КОВАЛЬЧУК

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОГО СЕРЕДОВИЩА В ШКОЛІ СПРИЯННЯ ЗДОРОВ'Ю

Стаття присвячена проблемам організації школи здоров'я в умовах ЗОШ І-ІІІ ст.

Ключові слова: школа, учень, виховання, здоровий спосіб життя.

Статья посвящена проблемам организации школы здоровья в условиях ООШ І-ІІІ ст.

Ключевые слова: школа, ученик, воспитание, здоровый образ жизни.

The article is devoted to the problems of the organization of school health in secondary school I-III of Art.

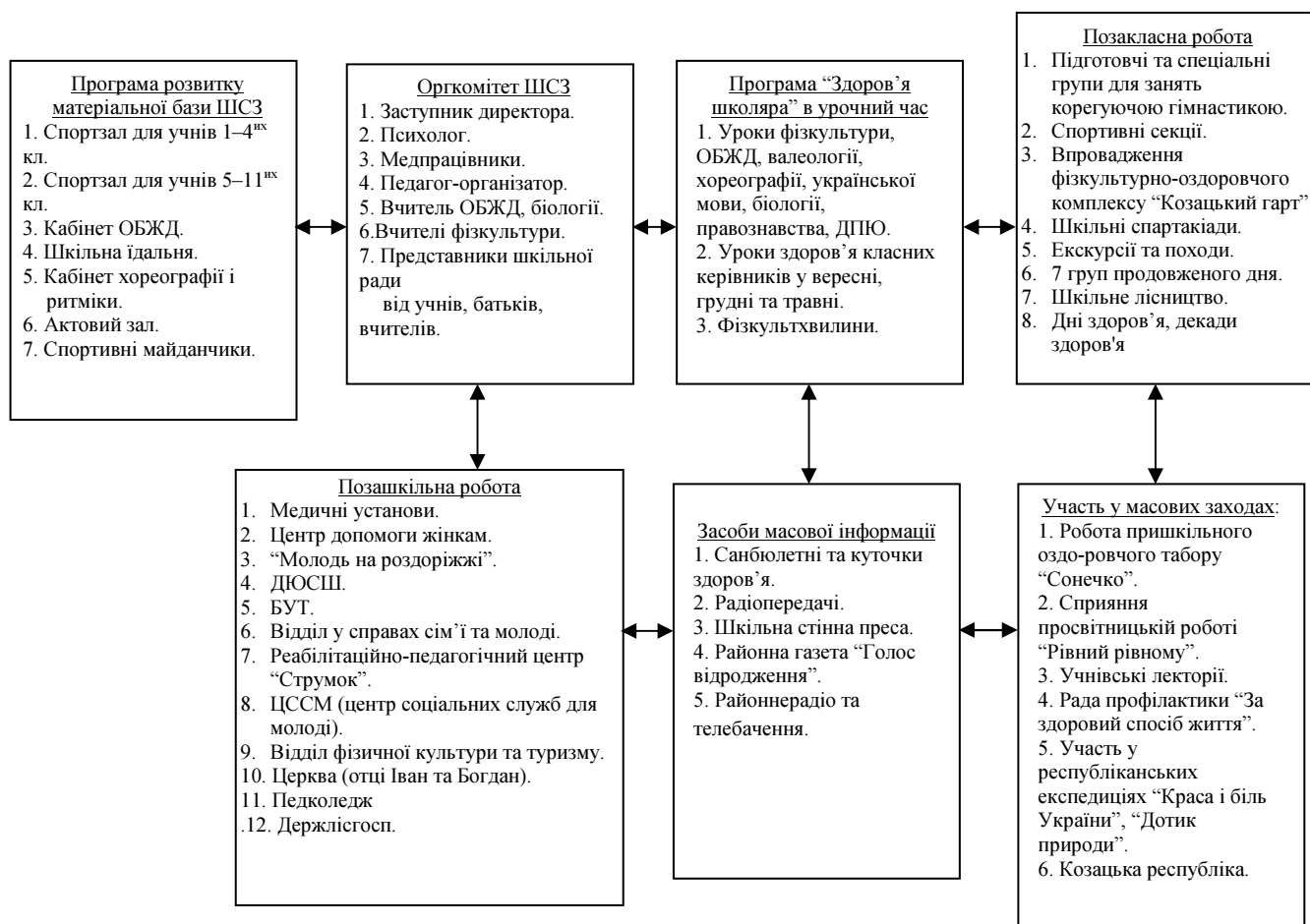
Key words: school, student, education, healthy lifestyle.

Ми всі біжимо планетою Життя. Сьогодні важко чим-небудь здивувати людину. Багато хто має багатство, здобуває кар'єру в будь-який спосіб. Майже все можна купити за гроші, але не знайшлося жодної людини, яка б купила здорове життя. Саме тому,

пріоритетним напрямком у роботі школи є формування у школярів здорового способу життя, адже здорова дитина – здорова нація. Статистичні дані у районі далеко невтішні. Лише 15% випускників закінчують школу відносно здоровими. В районі нараховується 386 дітей – інвалідів, 2288 школярів стоять на диспансерному обліку. Життя доводить, що освіта і здоров'я нерозривно пов'язані. Тому педколектив Бродівської ЗОШ І-ІІІ ст. №4 в процесі навчально-виховної роботи тривалий час здійснює комплексний підхід до гармонійного виховання всіх складових здоров'я своїх вихованців. Наказом МОН України №740 від 2.11.2006 року колектив школи визнаний переможцем ІІ етапу конкурсу-захисту сучасної моделі навчального закладу – Школи сприяння здоров'ю за активну пропаганду здорового способу життя у своєму навчальному закладі, у дитячому та молодіжному середовищі. У 2009 і 2010рр. школа отримала подяку і нагороджена Грамотами МОН України. У своїй роботі використовуємо принцип розвивального навчання, пов'язуючи його з охороною та зміцненням здоров'я кожної дитини, єдністю морального, фізичного та соціального напрямків національного виховання. З цією метою запроваджуємо безперервну валеологічну освіту, яка впливає на всі напрямки виховання та навчання школярів як на уроках, так і в позаурочній діяльності.

Педагогічний колектив школи опрацьовує і впроваджує активні та інтерактивні технології навчання, запроваджує в роботу новітні освітні технології та методики. Проводяться методичні об'єднання вчителів, семінари, тренінги, функціонують творчі та проектні групи. Концептуальна модель школи здоров'я Бродівської ЗОШ І-ІІІ ст.№4 пропонує розвиток: інтелектуального здоров'я; фізичного; психологічного. Відома істина: всі хвороби тіла пов'язані з духом. Найважливішим компонентом у моделі є духовне виховання. Велику підтримку школі надає парафіяльна церква Пресвятої Богородиці з Престольним празником Святої Теклі. Більше 140 дітей є членами Марійської дружини, яка діє при церкві. Цікаві заняття у Суботній школі з катехитами, спільний відпочинок у Карпатах, змістовно проведені «канікули з Богом», духовні свята, вечорниці, поїздки в театр – збагачують душу дитини і загартовують фізично. Активно співпрацюємо з державними, громадськими, міжнародними організаціями. Завдяки плідній роботі, починаючи з 2007 року стали співвиконавцями трьох проектів, що фінансувалися Міжнародними донорами, а у минулому навчальному році на базі школи реалізовували проекти «Інклюзивна школа» та «Шкільне радіо» (фінансова підтримка Мережі Нідерландських благодійних фондів для країн Центральної та Східної Європи та Канадської агенції міжнародного розвитку.) Реалізовуючи дані проекти, ми поповнили матеріально-технічну базу школи (зал фізичної реабілітації, придбали спортивний інвентар для початкових класів, гуцульські костюми для танців, встановили шкільний радіовузл). За період від 2005 року постійно вдосконалювалася Концептуальна модель школи здоров'я.

На сьогоднішній день вона має такий вигляд:



Всі підсистеми працюють у тісній взаємодії. Створена відповідна сучасна матеріальна база. Діють два спортивні зали, тренажерний зал, кабінети хореографії та ритміки, спортивні майданчики та споруди.

Крім уроків фізичної культури працює вісім груп для занять з дітьми, які мають відхилення у стані здоров'я. Дев'ять тижневих годин виділено для роботи в спортивних секціях, вісімнадцять годин – для занять спортивних гуртків у 1-4 кл.

В школі налагоджена система роботи, коли кожен вчитель і класний керівник впроваджує в навчальний процес власні концепції, а саме: збільшення рухової активності учнів під час уроків та в позаурочний час (години здоров'я, фізкультпаузи та фізкультхвилини) Вчителями Ковбою І.О., Твердохліб Н.П. проведений конкурс літературно-музично-спортивної композиції «Молодь України обирає здоров'я». Виступи команд висвітлили в образній формі наслідки паління, вживання наркотичних речовин, неправильного харчування, відсутності фізичних вправ. Надовго запам'ятається учням 9-11 класів дискусії з елементами тренінгу в 11 класі «Як вдосконалити самого себе» (класний керівник Попеско М.В.), виховні години «Вибір є завжди у кожного з нас» (класний керівник Лисунець О.С.)

Багато цікавого дізналися школярі початкових класів на уроках «Подорож у країну здоров'я» (Дендура Л.М.), «Моє здоров'я та інфекційні хвороби» (Гарасимчук Г.М.),

«Здоров'я – найбільше багатство» (Котельницька Л.О.). В школі склалася система спрямування фізичного виховання на конкретну дитину з урахуванням її потреб, цінностей, природних здібностей та характеру життєдіяльності. В рамках впровадження фізкультурно-оздоровчого комплексу школярів України «Козацький гарт» проводиться щорічно моніторинг рівня фізичного здоров'я школярів, створюється база даних щодо рівня фізичного здоров'я кожного учня. Працює медична служба школи, яка проводить планові огляди учнів лікарями. Традиційними стали «Веселі старти», «Козацькі забави», «Посвята у козачата», «Посвята у джури», спортивно-масові заходи «Олімпійське лелечення». Регулярно у вересні та грудні кожного року проводяться декади соціального захисту учнів, беремо участь у Всеукраїнському рейді «Увага! Діти на дорозі!», проводимо систему уроків здоров'я та позакласних заходів з правил вуличного руху. Щорічними стали Тижні здоров'я дитини, які проходять три рази в рік. В ході цих тижнів проводяться заліки з безпеки життєдіяльності, фізкультури, валеології, бесіди класних керівників з профілактики травматизму, зустрічі з працівниками ДАІ, залізниці, лікарями, пожежниками. В практику роботи педколективу школи ввійшло написання диктантів та інших робіт і письмових вправ з української мови на тему:

- попередження вірусних та простудних захворювань (листопад, квітень);
- про недопустимість пустощів з вогнем (вересень, травень);
- про шкідливість нікотину, алкоголю, наркотиків (жовтень, лютий);
- необхідність дотримання правил вуличного руху (вересень, травень);
- правила поведінки на воді та з вибухонебезпечними предметами (квітень, травень).

Педколектив школи постійно працює над моніторингом стану здоров'я кожного школяра. Робота з медичного тестування учнів здійснюється за допомогою комп'ютерної інформаційно-діагностичної програми «Школяр», що визначає найважливіші фізіологічні зміни в здоров'ї дітей.

На кожного учня заведено «Паспорт здоров'я». У листку відзначені індивідуальні зміни на початку навчального року (вересень) і в кінці (травень). Крім того, двічі на рік, згідно Положення про медико-педагогічний контроль, проводимо корекцію планування процесу фізичного виховання та дозування фізичних навантажень учнів.

Моніторинг стану здоров'я учнів свідчить про значне зміцнення здоров'я за останній період. Стабілізувалися показники кількості пропущених днів у зв'язку з хворобою та випадків захворювання, збільшилась кількість дітей, які не хворіють протягом року на 7%. З диспансерного обліку знято 14% дітей, які систематично хворіли.

Важливим аспектом здоров'я школяра є правильно організоване харчування. Тій проблемі приділяємо увагу. Проводимо заняття батьківського університету на теми: «Здорове харчування дитини», «Що впливає на здоров'я дитини», «Маркування їжі». Класні керівники проводять виховні години: «Що треба знати про їстівні гриби», «Правильно харчуйся і будеш здоровим», «Які вітаміни необхідні для організму»,

«Запам'ятай абетку для здорового організму», «Твоє здоров'я у твоїх руках», «Здоров'ю стежку сам я прокладу».

Проблемою залишається доїзд учнів до школи із сільської місцевості, адже це також здоров'я дитини.

В даний час наша школа стала опорною в Бродівському освітньому окрузі №1. П'ять семінарів ми провели в рамках Міжнародних проектів для вчителів дочірних шкіл, щодо поширення інклюзивного навчання. У школі є багатий матеріал: випущені методичні посібники, інформаційно-ресурсний центр. Ми раді поділитись своїм досвідом та розробками. Сьогодні кожна школа повинна стати школою сприяння здоров'ю, адже головне завдання школи - не лише навчити, а виховати і підготувати до життя здорову дитину.

ЛІТЕРАТУРА

1. Малащенко М.П. Тиждень основ здоров'я: 5-9 класи. – Х.: Вид.група «Основа», 2011.
2. Слюніна В.О. Бесіди з безпеки життєдіяльності в школі: 5-11 кл. – Х.: Вид.група «Основа», 2012.

А.П.КОЗАК

РОЛЬ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ЗДОРОВОМУ СПОСОБІ ЖИТТЯ УЧНІВ

Стаття присвячена проблемі формування здорового способу життя школярів засобами фізичної культури.

Ключові слова: учень, виховання, фізична культура, здоровий спосіб життя.

Статья посвящена проблеме формирования здорового образа жизни школьников средствами физической культуры.

Ключевые слова: ученик, воспитание, физическая культура, здоровый образ жизни

The article is devoted to promoting healthy lifestyles of students by means of physical culture.

Keywords: student, education, physical activity, healthy lifestyle

За останні роки в Україні в умовах економічної та екологічної кризи значно загострилися проблеми, пов'язані з погіршенням стану здоров'я дітей і підлітків. Дослідники зазначають, що у переважній більшості школярів спостерігається зниження розумової і фізичної працездатності, рівня психосоціальної активності, погіршується емоційний стан, з'являється схильність до конфліктів, підвищується захворюваність. Однією з головних умов виховання фізично і психічно здорових учнів є формування у них потреби у веденні здорового способу життя. Основні підходи до формування здорового способу життя та зміцнення здоров'я визначені Державними програмами.

Переважно, здоровий спосіб життя визначають як комплекс оздоровчих заходів, що забезпечує гармонійний розвиток і зміцнення здоров'я, підвищення працездатності людей, продовження їх творчого довголіття. На думку інших дослідників, здоровий спосіб життя – це спосіб організації виробничої, побутової і культурної сторін життєдіяльності, який

склався у людини, що дозволяє в певній мірі реалізувати свій творчий потенціал. Наукові дослідження доводять, що переважна більшість дітей, молоді й дорослого населення в Україні не дотримуються здорового способу життя, що призводить до різноманітних захворювань.

У шкільні роки діти одержують знання і уміння, проходять школу виховання і формування основних ділових, морально-вольових та психічних якостей, необхідних для подальшого життя в суспільстві.

Сучасні побутові умови (особливо у міських умовах), також значно зменшують фізичне навантаження людей і все це разом створює недостачу рухів, приводить до гіподинамії. Вказане особливо несприятливо впливає на стан і розвиток організму дітей, який росте, і функції якого диференціюються. В результаті гіподинамії може порушуватись нормальний хід фізичного і нервово-психічного розвитку дітей, не формується достатня м'язова і розумова працездатність, послаблюються захисні сили організму до дії факторів зовнішнього середовища, погіршується стан здоров'я. Саме фізична культура і спорт здатні у найкращій формі компенсувати дефіцит рухів, запобігти негативним наслідкам гіподинамії, раціоналізувати спосіб життя людини.

Робота скелетних м'язів, які складають близько 40 % маси тіла, супроводжується посиленням припливу до них крові. У результаті м'язові волокна краще забезпечуються поживними речовинами і киснем, відбувається інтенсивне виведення з організму продуктів метаболізму (обміну речовин). Це, в свою чергу, сприяє збільшенню об'єму м'язів, сили їхнього скорочення і витривалості. Людина набуває красивої, привабливої статури, яка зразу вирізняє її серед оточуючих.

Японські дослідники розрахували, що для нормального активного стану організму і підтримки здоров'я, людина повинна робити щодоби до 10000 кроків, тобто при середній ширині кроку 70-60 см проходити за день 7-8 кілометрів. Об'єм і характер рухової активності людини у великій мірі залежить від специфіки виконуваної роботи. Тисячоліттями життя людей було пов'язане переважно з фізичною працею, на яку припадало до 90 % зусиль. За роки останнього століття склалися інші співвідношення, виник дефіцит рухової активності. А без визначеного обсягу постійного руху людина не може дожити до старості, не може бути здоровою.

Заняття фізичними вправами одразу позначаються на роботі дихальної системи. Під час цих вправ дихання стає глибшим і частішим, відбувається розкриття та розширення бронхів та легеневих альвеол, через легені проходить більше повітря, збільшується насичення крові киснем, внаслідок якого покращується забезпечення киснем усіх органів і тканин організму, нормалізується обмін речовин, зменшується кількість недоокислених токсичних продуктів (шлаків) у тканинах.

При достатній руховій активності **збільшується частота і сила скорочення м'язів серця**, з'являються нові коронарні судини, в результаті чого покращується живлення серця, стає значно витривалішим до фізичного навантаження. У тренуваних людей у стані спокою за рахунок підвищення сили серцевих скорочень частота пульсу зменшується, завдяки чому збільшується тривалість фази діастолі (розслаблення) серця, що, в свою чергу, забезпечує необхідний відпочинок міокарда, нормалізує метаболічні процеси у ньому. Серце функціонує економічніше й ефективніше.

Внаслідок фізичних вправ розширюються і відкриваються кровоносні судини (капіляри та артеріоли, які називають «краниками» судинної системи). Зовнішньо це

проявляється почервонінням шкіри, посиленням потовиділенням. При цьому покращується рух венозної крові до серця, тобто скелетні м'язи виконують функцію «м'язового насоса».

Збагачена киснем і поживними речовинами кров надходить через розкриті артеріоли і капіляри до всіх внутрішніх органів, центральної нервової системи, органів статевої системи та ендокринних залоз. Ось чому повніше відновлюються функції головного мозку, покращується пам'ять і мислення. **Вплив фізичних вправ на нервову систему** полягає в розвитку координації різноманітних рухів, регуляції функцій серцево-судинної і дихальної систем, в тренуванні адаптаційних механізмів. Крім цього, при роботі м'язів від них у центральну нервову систему надходить потужний потік нервових імпульсів, що надзвичайно важливо для підтримки її тону. Стимулюючу дію мають помірні фізичні навантаження на залози внутрішньої секреції, гормони яких разом із нервовою системою є основою адаптаційних механізмів. Таким чином, підвищується стійкість організму до дії несприятливих чинників навколишнього середовища: стресових ситуацій, високих та низьких температур, радіації, мікроорганізмів, які спричиняють простудні захворювання тощо. Під час рухової активності частіше скорочуються м'язи **діафрагми** (внаслідок підвищення частоти дихання), а також м'язи **передньої стінки живота**, що покращує перистальтику (хвилеподібні послідовні скорочення) кишечника, а отже, і функцію шлунково-кишкового тракту. Підсилюється секреція і виділення жовчі з печінки, що сприяє її активнішій функції. Як наслідок – краще очищується кров від токсичних речовин, краще синтезуються необхідні організму білки, ферменти і вітаміни.

Отже, усі ці дані свідчать про надзвичайно важливу роль фізичної активності у розвитку організму підлітків.

Знання повного обсягу засобів фізичного виховання і їхніх характеристик дозволяє учителю відповідно до поставлених педагогічних задач комплексно використовувати усі види засобів, відбирати найбільш ефективні фізичні вправи, розробляти нові системи фізичних вправ і повноцінно використовувати наявні педагогічні класифікації.

Кожна група поєднує визначену кількість типових засобів. Застосовуючи один засіб, але з різною інтенсивністю, можна одержати кілька варіантів. Нарешті, кожен засіб застосовується неізолювано, а в комплексі з іншими засобами різних груп (наприклад, біг зі стрибками при різних сполученнях і рівнях дії природних сил природи). Подібних комплексів засобів може бути необмежена кількість. Звідси випливають ті положення, якими зобов'язаний керуватися вчитель: 1) розмаїття засобів створює, з одного боку, великі ускладнення при виборі найбільш ефективного засобу, а з іншого - необмежені можливості при вирішенні будь-яких педагогічних задач; 2) вибір засобів повинний завершуватися розробкою їхніх комплексів, системи впливів на учнів.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНИХ ВПРАВ

Поняття «фізична вправа» зв'язано з уявленням про діяльність людини, рухові дії і рухи. Розрізняють три види діяльності: праця, навчання, гра. Фізичне виховання у формі активного відпочинку відноситься до ігрової діяльності (наприклад, добровільне і нерегламентоване фізичне виховання дітей у родині), у формі педагогічного процесу - до навчального (наприклад, обов'язкова участь школярів у класно-визначеній системі занять відповідно до навчального плану і програми). Між цими формами існує різноманіття перехідних форм: в ігровій діяльності можуть з'являтися елементи навчальної (перед грою, у самій грі треба чомусь навчити!), а в навчальну діяльність включаються елементи ігрової. У різні періоди життя дитини окремі види діяльності домінують, наприклад у дошкільному віці - ігрова, у шкільному - навчальна.

Кожна діяльність складається із системи рухових дій, об'єднаних єдиною метою.

Руховою дією називається цілеспрямований прояв рухової активності людини, що переслідує рішення конкретної задачі. Навчальна діяльність школяра в області фізичного виховання складається з оволодіння системою рухових дій, передбачених державною програмою.

Усі рухові дії мають соціальний характер: учень навчається їм, спираючись на знання і досвід суспільства. Рухові дії, входячи до складу діяльності, спрямовані на вирішення визначених педагогічних задач. Отже, характеристика будь-якої рухової дії як довільного акту повинна спиратися на матеріалістичне розуміння єдності свідомості і діяльності. Виходячи з цього, у педагогічній структурі рухової дії прийнято розрізняти: спонукання (чи мотив) до здійснення даної рухової дії; усвідомлення задачі, до якої прагне учень, виконуючи дану рухову дію; побудова плану рішення задачі, а також практичну реалізацію плану. Звідси випливає великої важливості педагогічне положення: учень може успішно опанувати руховою дією тільки в тому випадку, якщо буде зацікавлений процесом навчання, буде розуміти, для чого варто вивчати рухову дію, уміти будувати план майбутнього виконання і реалізовувати його.

Більшість рухових дій формується на основі знань, наявного рухового досвіду і визначеної кількості спроб виконати дану рухову дію. Кожна рухова дія складається з визначеної системи рухів.

Рух є моторна функція організму. Для фізичного виховання мають значення довільні (придбані) руху, а не вроджені.

Кожен довільний рух характеризується трьома ознаками: по-перше, він завжди являється функцією свідомості; по-друге, людина набуває його в результаті життєдіяльності (включаючи процес навчання); по-третє, навчання рухам підвищує ступінь підкорення їх волі учня. В силу того, що довільні рухи завжди являються свідомими, вони діють на людину в цілому як на особистість.

Окремий рух є складним елементом рухової дії. За допомогою декількох зв'язаних між собою рухів здійснюється бажана рухова дія. Наприклад, визначена система рухів ніг, рук, тулуба й ін. дозволяє учню виконати рухову дію у вигляді стрибка. Отже, рухи, що переслідують рішення конкретної задачі і на цій основі об'єднані у визначену систему, і складуть рухову дію.

Тими самими рухами можна виконувати різні рухові дії, і навпаки, ту саму рухову дію можливо здійснити різними рухами. Пояснюється це тим, що з тих самих рухів можуть бути утворені різні системи рухів, при одній і тій же черговості рухів вони можуть мати різні характеристики по швидкості, амплітуді, напрямку й ін.

Знаючи характеристики цих трьох явищ, неважко буде зрозуміти сутність фізичної вправи. Фізична вправа — це рухова дія, спеціально організована для вирішення задач фізичного виховання відповідно до його закономірностей.

Але не всяка рухова дія може бути названа фізичною вправою. Фізичними вправами будуть тільки ті рухові дії, що спрямовані на рішення задач фізичного виховання і підлеглі педагогічним закономірностям.

Слово «фізичне» відбиває характер виконаної роботи (у відмінність від розумової), переважно виконуваної нервово-м'язовим апаратом і ззовні проявляється у вигляді переміщень тіла людини у просторі і в часі. З характеристики рухової дії можна зрозуміти, що назва ця умовна. Вона виражає лише переважну залежність від функції нервово-

м'язового апарата, а отже, лише переважний вплив на фізичну структуру організму. Фізична вправа - вольовий акт, є функцією свідомості і впливає на людину в цілому.

Слово «вправа» позначає спрямовану повторність дій з метою його удосконалювання і впливу на фізичні і психічні властивості людини.

Таким чином, фізична вправа розглядається, з одного боку, як конкретна рухова дія, а з іншого боку, як процес багаторазового виконання рухової дії:

по-перше, фізичною вправою вирішується педагогічна задача (образно говорячи, фізична вправа спрямована на «себе», на своє особисте фізичне удосконалювання), трудова рухова дія - виробнича задача (рухова дія спрямована на предмет виробничої діяльності);

по-друге, фізична вправа виконується відповідно до закономірностей (фізичного виховання, трудова рухова вправа – у відповідності з закономірностями виробництва; саме тому зовнішня подібність фізичної вправи з побутовою чи трудовою руховою дією не може служити підставою для підміни одного іншим: тривалість, інтенсивність, частота повторень та інші ознаки фізичної вправи, а також сам спосіб виконання підкоряються тільки тим закономірностям, що, з одного боку, найбільше ефективно впливають на організм учня, з іншого, дозволяють показати найвищу результативність при виконанні даної фізичної вправи (наприклад, біг у фізичному вихованні будується так, щоби вплинути на організм і одночасно показати найбільшу швидкість бігу);

по-третє, трудові рухові дії при сприятливих умовах можуть, зрозуміло, впливати на фізичний розвиток людини, однак тільки комплекси фізичних вправ створюють можливості для розвитку всіх органів і систем організму в оптимальному співвідношенні саме тому навіть відмінно поставлені уроки трудового навчання в школі не можуть підмінити уроків фізичного виховання.

Фізичні вправи – основний специфічний засіб фізичного виховання. Результативність фізичного виховання досягається завдяки використанню всієї системи засобів, однак значимість кожної групи засобів неоднакова: найбільша питома вага в рішенні задач фізичного виховання приходить на частку фізичних вправ. Обумовлено це рядом причин:

1. Фізичні вправи як системи рухових дій і рухів виражають у кінцевому рахунку думки, емоції, потреби людини, його відношення до навколишньої дійсності.

2. Фізичні вправи - це один зі способів передачі суспільно-історичного досвіду в галузі фізичного виховання, від наукових і практичних досягнень.

3. Фізичні вправи впливають не тільки на функціональний стан організму, але і на особистість, що виконує їх. Отже, фізичні вправи закономірно розглядати як рухові дії, у яких виявляється матеріалістичне навчання про єдність фізичного і психічного в діяльності людини.

4. Серед усіх видів педагогічної діяльності тільки у фізичному вихованні предметом навчання є рухові дії, спрямовані на фізичне удосконалювання особи, що навчається і виконує їх заради засвоєння.

5. Фізичні вправи можуть задовольняти природну потребу людини в рухах. Дефіцит у руховій діяльності, що утворюється в сучасній людині, може бути успішно ліквідований тільки за допомогою систем фізичних вправ.

ФАКТОРИ, ЩО ВИЗНАЧАЮТЬ ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ

1. Особистісні характеристики вчителя й учнів є найважливішими факторами, що обумовлюють ефективність фізичних вправ. Процес навчання двосторонній - вчитель учить, учні вчаться, тому вплив фізичних вправ рівною мірою залежить від того, хто вчить, і від

тих, хто вчиться: від моральних якостей і інтелекту, від рівня знань, умінь і фізичного розвитку, від зацікавленості й активності.

2. Наукові фактори характеризують міру пізнання людиною закономірностей фізичного виховання. Чим глибше розроблені педагогічні, психологічні, фізіологічні і біомеханічні особливості фізичних вправ, тим ефективніше можна їх використовувати для вирішення педагогічних задач.

3. Методичні фактори поєднують велику групу вимог, що підлягають реалізації при використанні фізичних вправ.

Максимальний ефект від фізичних вправ може бути досягнутим при їхньому оптимальному дозуванні. Дозування залежить від ряду моментів:

- 1) тривалості виконання рухової дії;
- 2) інтенсивності, тобто складності окремих рухів і їхніх сполучень, швидкості, вагового навантаження і т.п.;
- 3) частоти повторень чи кількості інтервалів відпочинку;
- 4) тривалості відпочинку між повтореннями;
- 5) характеру відпочинку (активного, пасивного);
- 6) вихідного положення (наприклад, положення рук при нахилі вперед).

При регулюванні дозування варто враховувати взаємодію всіх перерахованих моментів. Результативність фізичної вправи залежить від способу виконання рухливої дії. Виконання фізичної вправи викликає так званий наслідок, тобто специфічні в кожному випадку функціональні й емоційні зміни, що зберігаються визначений час. На тлі цього наслідку змінюється ефективність впливу на тих, що займаються фізичними вправами. В залежності від застосовуваних вправ (тобто в залежності від попередньої і наступної вправ) ефективність впливу може підвищуватися або знижуватися. Зрозуміло, рівень наслідку за своєю глибиною і тривалістю дуже варіативний і залежить від багатьох причин: стану тих, хто займається, їхнього віку й підготовки.

4. Гігієно-санітарні фактори є вирішальними в реалізації задач оздоровчої спрямованості фізичних вправ. Позитивний вплив на людину фізичні вправи роблять тільки тоді, коли застосовуються з урахуванням режиму праці, харчування, відпочинку і з дотриманням санітарних норм місць занять (освітленості, вентиляції й ін.).

5. Метеорологічні фактори (температура повітря, вологість, атмосферний тиск, сила вітру) складають ту групу факторів, якими, як правило, людина керувати не може. Пізнавши закономірності впливу цих факторів на організм тих, що займаються, можна знайти оптимальні положення, при яких буде досягатися нормальний ефект від фізичних вправ.

6. Матеріальні фактори складають групу факторів матеріального забезпечення: спортивні спорудження, інвентар, снаряди, одяг і ін. Для деяких груп вправ вони не є вирішальними в досягненні бажаного ефекту; для інших - істотно змінюють ступінь і характер впливу на організм; для третіх – безпосередньо визначають результативність фізичних вправ. Від матеріального забезпечення в великій мірі залежить вирішення спортивних задач і у меншій - вирішення загальноосвітніх задач.

ПРИРОДНІ СИЛИ ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Людина знаходиться в постійній взаємодії з навколишнім середовищем. У цьому виявляється закономірність єдності організму і середовища.

Постійно змінюються метеорологічні умови (сонячне випромінювання, температура повітря і води, опади, рух і іонізація повітря, атмосферний тиск на рівні моря і на висоті)

можуть викликати істотні біохімічні зміни в організмі, що приводять до визначених фізіологічних і психічних реакцій: до зміни стану здоров'я і працездатності людини, ефективності фізичних вправ, тактики і техніки виконання, до створення ситуацій, що провокують травматизм. Отже, необхідно враховувати вплив зовнішніх факторів при виконанні фізичних вправ учнями. Прагнення прогнозувати, керувати мірою і характером впливу факторів зовнішнього середовища на тих, що займаються фізичними вправами привело до створення самостійної галузі науки - біометеорології спорту.

Використання природних сил природи в процесі фізичного виховання здійснюється за двома напрямками:

1. Природні сили як супутні фактори, що створюють найбільш сприятливі умови для занять фізичними вправами. Вони доповнюють і підсилюють ефективність впливу рухів на організм людини.

2. Сили природи як відносно самостійні засоби оздоровлення і загартовування у виді спеціальних процедур, сонячних, повітряних і водяних ванн. При оптимальному впливі ці процедури, включені в режим трудової і навчальної діяльності, стають формою активного відпочинку, підвищують ефект відновлення і створюють позитивні емоції.

Одним з головних вимог при використанні природних сил природи є системне і комплексне застосування їх у сполученні з фізичними вправами. При визначенні оптимальної дози необхідно враховувати особливості тих, хто займається і характер педагогічних задач. Правильне використання природних сил дозволить реалізувати механізм переносу ефекту загартовування, тобто виявити придбаний людиною в процесі фізичного виховання ефект загартовування в трудовій, навчальній і військовій діяльності; створить можливості для застосування більш високих навантажень, а отже, підвищення працездатності людини та опорності організму до дії радіації, перевантажень, вібрації, заколисування та ін.; створить можливість на більш високому рівні виявити вольові якості.

ГІГІЄНИЧНІ ФАКТОРИ ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Реалізація принципу оздоровчої спрямованості системи фізичного виховання можлива тільки за умови, якщо заняття фізичними вправами стануть органічною частиною життєдіяльності людини. З іншого боку, фізичні вправи дадуть належний ефект тільки при дотриманні необхідних гігієнічних норм. Будучи неспецифічними засобами фізичного виховання, гігієнічні фактори здобувають велике значення для повноцінного рішення задач фізичного виховання. Як би добре не був організований педагогічний процес, він ніколи не дасть бажаного результату при порушенні, наприклад, режиму харчування і сну, якщо заняття будуть проходити в антисанітарних умовах. Тому в шкільній програмі у фізичному вихованні існує розділ теоретичних зведень, що містить обсяг гігієнічних знань школярів.

Гігієнічні фактори являють собою велику групу різноманітних засобів, умовно поділених на дві підгрупи. У першу підгрупу входять засоби, що забезпечують життєдіяльність людини поза процесом фізичного виховання: норми особистої і суспільної гігієни праці, навчання, побуту, відпочинку, харчування, тобто умови для повноцінних занять фізичними вправами.

Другу підгрупу складають засоби, що включаються в процес фізичного виховання: оптимізація режиму навантажень і відпочинку відповідно до гігієнічних норм, забезпечення раціонального харчування на дистанції, створення зовнішніх умов для занять фізичними вправами (чистота повітря, достатня освітленість, штучна аероіонізація, справність інвентарю, зручність одягу і т.д.) і відновлення після них (масаж, баня).

Максимальний ефект можна одержати тільки при систематичному і комплексному застосуванні цих засобів.

Урок фізичної культури – його значення.

Основною формою організації навчально-виховного процесу з фізичної культури в загальноосвітньому навчальному закладі є урок.

Головними вимогами до сучасного уроку фізичної культури є:

- забезпечення оптимізації навчально-виховного процесу із застосуванням елементів інноваційних методів навчання та здійснення міжпредметних зв'язків;
- забезпечення освітньої, виховної, оздоровчої, розвивальної спрямованості навчального процесу;
- формування в учнів умінь і навичок самостійно займатися фізичними вправами;
- забезпечення диференційованого підходу до організації навчального процесу з урахуванням стану здоров'я, рівня фізичного розвитку, рухової підготовленості та статі учнів, урахування мотивів та інтересів учнів до заняття фізичними вправами;
- використання вчителем різноманітних організаційних форм, засобів, методів і прийомів навчання;
- досягнення оптимальної рухової активності всіх учнів протягом кожного уроку з урахуванням стану здоров'я.

Відповідно до Інструкції про розподіл учнів на групи для занять на уроках фізичної культури, затвердженої наказом МОЗ та МОН від 20.07.2009 з №518\674 учні розподіляються на основну, підготовчу та спеціальну медичні групи.

Для основної медичної групи фізична підготовка проводиться в повному обсязі згідно з навчальними програмами з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку дитини

Учні, які за станом здоров'я віднесені до підготовчої медичної групи, відвідують обов'язкові уроки фізичної культури та опановують навчальний матеріал відповідно до вимог навчальної програми. Таким учням рекомендовано поступове збільшення фізичного навантаження без здачі навчальних нормативів та додаткові заняття у групах загальної фізичної підготовки.

Учні, які за станом здоров'я віднесені до спеціальної медичної групи, відвідують обов'язкові уроки фізичної культури, але виконують корегувальні вправи і вправи для загального фізичного розвитку, які їм не протипоказані.

Учні, незалежно від рівня фізичного розвитку та медичної групи, а також тимчасово звільнені від фізичних навантажень, повинні бути обов'язково присутніми на уроках фізичної культури. Допустиме навантаження для учнів, які за станом здоров'я належать до підготовчої та спеціальної медичних груп, встановлює учитель фізичної культури.

Усі завдання виходячи з їхнього спрямування, об'єднують у методиці фізичного виховання у три групи: освітні, оздоровчі, виховні.

Вирішення освітніх завдань проходить через озброєння учнів необхідними знаннями, уміннями і навичками виконувати фізичні вправи, а також використовувати їх у повсякденному житті та в процесі самовдосконалення. Освітні завдання визначають зміст процесу навчання, спрямовують навчальну діяльність, даючи змогу передбачити конкретні результати уроку.

Виховні завдання вирішуються через виховний вплив фізичних вправ на розвиток моральних і вольових якостей, єдність фізичного і духовного у розвитку особи учня. Під єдністю фізичного і духовного у розвитку людини розуміють те, що нормальний розвиток особистості неможливий без рухової діяльності, а також те, що рухова діяльність набуває

значення одного з факторів справжнього людського розвитку, лише за умови натхненності, котра об'єктивно зумовлює взаємозв'язок всіх видів виховання, зокрема фізичного, розумового, морального, естетичного. Розглядати їх як окремі види виховання неприпустимо, бо в житті вони взаємопов'язані як єдині сторони цілого.

Велике виховне значення мають традиційні форми організації уроку, які вчитель повинен постійно тримати в полі зору, висуваючи до учнів певні вимоги:

- ретельна підготовка до уроку, шанування праці на уроці, відповідальне ставлення до навчального часу;
- дотримання дисципліни на уроці – умова успішних спільних дій;
- дотримання норм етики у взаєминах – вираз взаємоповаги, необхідної для навчання;
- організація взаємоконтролю і взаємодопомоги – форма прояву колективізму;
- дбайливе ставлення до обладнання, інвентаря – вираз турботи про матеріальні цінності суспільства;
- чітке виконання команд, шикунів – умова успішних колективних дій;
- участь у підготовці і прибиранні приладів, місць занять – колективні дії, самообслуговування;
- дотримання вимог єдиної форми, емблеми – прояв почуття відповідальності за успіхи і невдачі всього колективу;
- сувора заборона висміювати невдачі товаришів, натомість співпереживання як елемент гуманізму.

Фізична культура — одна з основних складових здорового способу життя, збереження, розвитку здоров'я людей.

Комплексна програма з фізичного виховання школярів має оздоровчий напрямок. Тому роль вчителя фізичної культури в поліпшенні здоров'я, підвищенні працездатності школярів і їх правильному фізичному розвитку дуже велика.

Заняття фізичною культурою і спортом сприяють гармонійному розвитку організму дітей та підлітків. Під впливом щоденних фізичних вправ укріплюється ріст тіла, збільшується окружність грудної клітини, життєва ємкість легень, м'язова сила, поліпшується робота серцево-судинної системи.

Для фізичного виховання характерна комплексність у застосуванні засобів, причому до засобів варто відносити, крім фізичних вправ, сили природи і гігієнічні фактори, але ведучим і специфічним засобом фізичного виховання є фізичні вправи.

Заняття фізичними вправами допомагають в навчанні. По-перше, регулярні заняття фізкультурою і спортом покращують здоров'я і підвищують загартованість організму. По-друге, під дією тренувань покращується фізичний розвиток, робота серця, підвищується сила дихальних м'язів.

Реалізація принципу оздоровчої спрямованості системи фізичного виховання можлива тільки за умови, якщо заняття фізичними вправами стануть органічною частиною життєдіяльності людини. З іншого боку, фізичні вправи дадуть належний ефект тільки при дотриманні необхідних гігієнічних норм.

Відомо, що одна і та ж фізична вправа може привести до різних ефектів і, навпаки, різні фізичні вправи можуть викликати однаковий результат. Це є доказом того, що фізичні вправи самі по собі не наділені якимись постійними властивостями, що дозволяють у всіх випадках досягати рівної ефективності.

Цілісний погляд на здоров'я можна представити у виді чотирикомпонентної моделі, у якій виділені взаємозв'язки різних його компонентів і представлена їхня ієрархія.

Проблема здоров'я учнів стає пріоритетним напрямком розвитку освітньої системи сучасної школи, стратегічна мета якої - виховання і розвиток вільної життєлюбної особистості, збагаченої науковими знаннями про природу і людину, готової до творчої діяльності і морального поведіння. Ведучими задачами школи в даний час є: розвиток інтелекту, формування моральних почуттів, турбота про здоров'я дітей. Усе це погоджується з основними напрямками проекту реформи загальноосвітньої школи, у якому на одному з перших місць стоїть здоров'я школярів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР.
2. Закон України " Про освіту" від 23.05.1991 № 1060-ХІІ.
3. Закон України " Про загальну середню освіту " від 1999р.
4. Закон України " Про фізичну культуру і спорт " від 24.12.1993 № 3808-ХІІ.
5. Державна програма розвитку фізичної культури і спорту в Україні на 2012 - 2016 рр.
6. Навчальна програма з фізичної культури для загальноосвітніх навчальних закладів: 5–11 класи. Т. Ю. Круцевич, Л. А. Галенко, В. В. Деревянко, та ін. від 23.11.2011 р. № 1392
7. Линець М.М. Основи методики розвитку рухових якостей.— Львів: Штабар, 1997
8. Методика фізического воститания школьников./ Под ред. Г.Б. Мейксона, Л.Е.Любомирского. – М.: Просвещение, 1989.
9. Шиян Б.М., Папуша В.Г. Теорія фізичного виховання.— Тернопіль: Збруч, 2000.

Ю.О. МАТВИЄНКО

КЛІНІЧНА КАРТИНА ГІПЕРКІНЕТИЧНИХ СИНДРОМІВ

У цій статті розглянуто гетерогенну групу неврологічних синдромів (гіперкінезів), котрі нерідко створюють значні діагностичні труднощі в практиці лікарів неврологічного профілю.

Ключові слова: гіперкінез, тремор, дистонія, хорея, тик, міоклонія

В этой статье рассмотрено гетерогенную группу неврологических расстройств (гиперкинезов), которые иногда создают значительные диагностические трудности в практике врачей неврологического профиля.

Ключевые слова: гиперкинез, тремор, дистония, хорея, тик, миоклония

This article is dedicated to the heterogeneous group of neurological disorders (hyperkinesias) which sometimes may cause sufficient diagnostic difficulties in the practice of neurologists.

Key words: hyperkinesia, tremor, dystonia, chorea, tick, myoclonia

Екстрапірамідна система включає базальні ядра, мозочок, деякі відділи моторної кори, зоровий горб, ряд ядерних утворів стовбура (червона, ретикулярна й чорна субстанція), а також сегментарний моторний апарат спинного мозку. Більша частина еферентних імпульсів екстрапірамідної системи спрямовується через таламус (головну релейно-розподільну «станцію») до моторної кори й далі у складі кортико-спінального тракту до мотонейронів спинного мозку. Менша їх частина досягає спінальних мотонейронів у складі

текто-, ретикуло-, рубро-, вестибуло- і оливоспінального шляхів. Функція названої системи з її мультинейронною петлевою структурою забезпечується балансом дофамінергічної, ацетилхолінергічної й ГАМК–ергічної нейротрансмітерних систем. Порушення балансу в останніх при ураженні базальних гангліїв спадковими, вродженими або набутими захворюваннями проявляється, зокрема, екстрапірамідними гіперкінезами. Їх фармакотерапія має на меті відновлення порушеного дисбалансу нейротрансмітерної регуляції.

1. Тремор (дрижальний гіперкінез)

Тремор – це ритмічне, регулярне, осцилююче тремтіння голови, тулуба, кінцівок або їхніх частин.

Фізіологічний тремор буває у здорової людини під впливом емоцій або фізичного навантаження. Варіанти патологічного тремору включають: тремор спокою – він наявний у дистальних відділах кінцівок у спокої і, як звичайно, зменшується при довільних рухах; постуральний і статико-динамічний тремор, найбільш виражений, коли відповідно тулуб або кінцівки беруть участь і утримують певне положення у просторі; інтенційний тремор, що з'являється в кінцівці при здійсненні руху в певному напрямку й посилюється при наближенні до мети; тремор за типом «змаху крил» - великоамплітудне тремтіння, переважно виражене у проксимальній мускулатурі кінцівок.

1.1. Есенціальний тремор

(ідіопатичне спадкове тремтіння)

Передається за автосомно-домінантним типом, часто трапляється в родинах довгожителів. Захворювання може початися у віці 20–30 років. Воно характеризується тремтінням при утриманні пози або предметів, тобто має статико-динамічний характер. У спокої проявляється кивальними («так-так»), негативними («ні-ні») рухами голови. Підсилюється при хвилюванні й фізичній напрузі, прийомі тонізуючих засобів-симпатоміметиків (кави, тютюну), іноді зменшується при дії алкоголю. Захворювання прогресує повільно, може спостерігатися тривала стабілізація тремтіння або навіть його зменшення на деякий період. При тривалому перебігу можуть приєднатися інтенційний тремор та інші екстрапірамідні симптоми.

Тремор спокою вважається характерним симптомом хвороби Паркінсона і в цьому випадку уривається прийомом різних протипаркінсонічних засобів: холінолітиків, амантадину, ДОФА-вмісних агентів, інгібіторів моноаміноксидази В, інгібіторів катехол-О-метилтрансферази, а також агоністів дофамінових рецепторів. При вторинному паркінсонізмі (судинному, токсичному, постенцефалітному, посттравматичному) тремор спокою може бути відсутнім, незначно вираженим або поєднуватися зі статико-кінетичним чи інтенційним тремором. Особливо часто різні варіанти тремору спостерігають у хворих з різними спадковими й дегенеративними захворюваннями нервової системи, наприклад, при оливо-пonto-церебелярній атрофії, хореї Гантінгтона, гепатоцеребральній дистрофії. При цьому відзначають й інші симптоми ураження екстрапірамідної системи, а також пірамідні й мозочкові симптоми.

2. Дистонії

Дистонія – це різновид мимовільного насильницького руху, обумовленого повільним скороченням м'язів кінцівок, тулуба, шії, обличчя. Вона може бути дистальною, проксимальною, генералізованою, однобічною і фокальною. Ураження шкаралупи і центромедіанного ядра зорового горба викликає торзійну дистонію, спастичну кривошию, спазми мускулатури обличчя. При залученні стріатума спостерігаються атетоз і тонічні

форми дистоній. Порушення взаємодії хвостатого ядра, шкаралупи й моторної кори викликає хорею й тики; ураження субталамічного ядра і його зв'язків із внутрішнім елементом блідої кулі – балізм; порушення взаємодії у стовбурово-мозочковому «трикутнику» (зубчасті ядра мозочка – червоні ядра – оливи довгастого мозку) – міоклонії.

2.1. Торзійна дистонія (ідіопатична генералізована дистонія, деформуюча м'язова дистонія)

Передається за автосомно-домінантним й автосомно-рецесивним типом. Частіше починається в період статевого дозрівання, але можливий і пізніший початок. На перших етапах може проявлятися локальною формою – блефароспазмом або сегментарною формою – спастичною кривошиєю. У перебігу хвороби інколи виявляють спонтанні ремісії. Виділяють два клінічних варіанти: при гіперкінетично-дистонічній формі підвищення пластичного тону м'язів мінливе, посилюється при довільних рухах, у положенні стоячи і при ходьбі (особливо дистонія м'язів тулуба); дистонія зменшується в положенні лежачи. При ригідно-гіпокінетичній формі підвищення пластичного тону різне в окремих м'язових групах, призводить до патологічних установок пози (деформуюча дистонія). До другої форми належить також вроджена, повільно прогресуюча дистонія, що асоціюється з ознаками паркінсонізму й вираженою флюктуацією симптомів протягом дня (синдром Segawa, юнацький дистонічний паркінсонізм). Симптоматична (набута) торзійна дистонія, як звичайно, буває проявом дитячого церебрального паралічу.

2.2. Спастична кривошия

Цей стан є сегментарною (фокальною) формою дистонії. Виділяють тонічну, клонічну й клоніко-тонічну форми, а залежно від напрямку повороту голови – передню, задню й бічну форми (антеро-, ретро- і латероколіс). При відсутності протягом ряду років генералізації дистонії спастичну кривошию можна вважати самостійною нозологічною одиницею. Спостерігається виражений вплив шийно-тонічних рефлексів на ступінь клінічних проявів. Так, кривошия зменшується або минає у положенні хворого лежачи, посилюється при вставанні й ходьбі; характерне і значне полегшення від коригуючих жестів – підтримки (або просто торкання) голови рукою, нерідко в досить вигадливій позі. Тонічна форма може супроводжуватися болями в шиї й надпліччі. Кривошия інколи є результатом іритатії шийних корінців рухових спинномозкових нервів патологічно звивистими судинами, арахноїдальними спайками й т. ін. (периферична форма). Виявити ці патологічні процеси можна за допомогою комп'ютерної і магнітно-резонансної томографії, ангіографії та мієлографії. Як самостійна форма описана рідкісна больова атланта-осьова кривошия (синдром Грізеля), коли при вродженій слабості капсули атланта-осьового суглоба на тлі запальних процесів (тонзиліт, ГРВІ) настає розслаблення зв'язкового апарату суглоба, появляються болочість м'язів шиї і ротаційна установка голови. При рентгенографії виявляють зсув у зоні названого суглоба.

2.3. Локальні (фокальні) дистонії

У більшості випадків локальні дистонії обумовлені вродженою недостатністю базальних гангліїв, що проявляється лише під впливом інших захворювань або екзогенних факторів у зрілі роки. Симптоматичні локальні дистонії можуть бути викликані місцевими іритативними чинниками й мати в основі рефлекторний механізм.

Блефароспазм проявляється тонічним (зжмурювання) або клоніко-тонічним гіперкінезом круглого м'яза ока. Перевага клонічного компонента наближає його за формою до тики (насильницьке моргання). Як самостійна нозологічна форма це ураження екстрапірамідної системи може мати ремітуючий, стаціонарний або прогресуючий перебіг.

В інших випадках він є початковим проявом генералізованої торзійної дистонії чи ураження нервової системи при загостренні таких автоімунних хвороб, як системний червоний вовчак або синдром Шегрена. При хронічних захворюваннях очей, що супроводжуються подразненням слизової оболонки й больовим компонентом, блефароспазм розвивається як рефлекторна форма гіперкінезу.

Лицевий геміспазм (судома Бріссо) проявляється приступоподібним клонічним або клоніко-тонічним скороченням м'язів половини обличчя. Причиною геміспазму частіше є подразнення або стиснення стовбура лицевого нерва спайками або суміжними судинами.

Лицевий параспазм (двосторонній геміспазм обличчя, синдром Мейжа, синдром Брейгеля) – ідіопатична симетрична фокальна дистонія м'язів обличчя, при якій поєднуються блефароспазм й орофациальна дистонія. Виразність епізодів тонічного гіперкінезу протягом дня (і з кожним днем) істотно варіює. Уночі він минає. Провокуючими факторами можуть бути швидка зміна напрямку погляду, ходьба, психоемоційна напруга. На зв'язок зі змінами психіки вказують депресивне тло настрою, клінічно виражена або прихована депресія, маніакально-депресивний психоз. Прояви гіперкінезу і психічних розладів нерідко реалізуються у зворотному напрямку: перший проявляється або посилюється під час ремісії й депресії, і навпаки.

Ідіопатична орофациальна дистонія (ОФД) проявляється складним, переважно хореоатетоїдним гіперкінезом мимічної мускулатури і мови. Рухи нагадують жувальні. Іноді цей стан описується під назвою «оромандибулярна дискінезія».

На відміну від лицевого параспазму, при ОФД не буває блефароспазму. ОФД помітно посилюється при хвилюванні або під дією інших зовнішніх факторів. На ідіопатичну ОФД страждають люди літнього віку, тому іноді її описують як «пізню дистонію». Під такою ж назвою описують й ОФД, що розвивається після тривалого лікування (звідси - теж «пізня») психотропними препаратами, особливо нейролептиками, а також ДОФА-вмісними антипаркінсонічними агентами. Щоб уникнути плутанини, спонтанно виникаючу ОФД варто означувати як ідіопатичну, а гіперкінез унаслідок прийому ліків – як медикаментозну.

Писальний спазм – це локальна форма неболючого кінезіогенного гіперкінезу (дистонія дії) при ураженні екстрапірамідної системи. Не виключається можливість його появи при хронічній периферійній кисті й психоемоційному стресі.

Професійні спазми м'язів руки в музикантів, друкарок, перукарів, ювелірів, годинників, а також у спортсменів (тенісистів, гравців у гольф, більярдистів) звичайно обумовлені тендовагінітом на ґрунті хронічної перенапруги м'язово-суглобного апарату. Основна відмінність професійних дистоній від локальних форм центральних дистоній – виражений болючий компонент, що супроводжує м'язовий спазм.

3. Атетоз

Це повільний дистонічний гіперкінез, «повзуче» поширення якого в дистальних відділах кінцівок надає мимовільним рухам червоподібного, а у проксимальних – змієподібного характеру. При залученні м'язів кінцівок, тулуба й обличчя нагадує корчі. Як самостійна клінічна форма описаний під назвою «подвійний атетоз», що настає при ураженні головного мозку в перинатальному періоді внаслідок інфекцій, травм, гіпоксії, крововиливів, інтоксикацій, при гемолітичній жовтяниці, спричиненій резус-несумісністю матері й плода.

Як симптом спостерігається при спадкових захворюваннях із залученням екстрапірамідної нервової системи (торзійній дистонії, хореї Гантінгтона,

гепатоцеребральній дистрофії), а також при ураженні базальних гангліїв різної етіології (травма, інфекції, інтоксикації).

4. Хорея

Хореїчний гіперкінез – це мимовільні насильницькі нерегулярні рухи, що відбуваються у швидкому темпі. Його картина визначається числом залучених м'язів обличчя, тулуба, кінцівок. Водночас ці іноді складні гіперкінези ніколи не складаються в цілеспрямовані координовані дії, хоча зовні іноді нагадують навмисні гримаси або кривляння.

4.1. Хорея Гантінгтона

Прогресуюче спадкове захворювання нервової системи, що передається за автосомно-домінантним типом. Починається частіше на 4-му десятилітті життя й повільно прогресує. Морфологічним субстратом є атрофія кори лобової й тім'яної частки, базальних гангліїв (особливо смугастого тіла). Біохімічним субстратом хвороби є зниження рівня ГАМК і ферменту, що її синтезує, – глутаматдекарбоксілази, збільшення вмісту дофаміну й підвищення активності тирозингідроксилази, а у процесі розвитку захворювання - зниження активності холінергічних систем.

Хореїчний гіперкінез поступово стає генералізованим і розгортається на тлі зниження м'язового тону. У міру розвитку хвороби приєднується деменція, що переходить у дементну ейфорію. При юнацькій формі на перший план може виступати акінетико-ригідний синдром, що утруднює диференціальну діагностику (торзійна дистонія, паркінсонізм, гепатоцеребральна дистрофія).

4.2. Симптоматичні форми хореї (геміхореї)

Спостерігаються при різних захворюваннях, що супроводжуються ураженням смугастого тіла: ревматизмі, системному червоному вовчаку, хронічній ішемії мозку, черепно-мозковій травмі, енцефалітах, нейроінтоксикаціях, при лікуванні ДОФА-вмісними засобами і нейролептиками.

Як самостійні форми описані вроджена хорея при залученні підкіркових вузлів у перинатальному періоді, мала хорея Сіденгама в дітей як церебральне ускладнення ревматизму, хорея вагітних на II або III триместрі (токсикоз? нерозпізнаний ревматизм?) і сенільна хорея.

Сенільна хорея виникає в літньому віці на ґрунті дисциркуляторної енцефалопатії. Її відмінністю від хореї Гантінгтона є відсутність даних щодо спадкового характеру захворювання й неухильного, повільно прогресуючого наростання як хореї, так і деменції.

5. Балізм

Це великорозмашистий гіперкінез, що охоплює м'язи проксимальних відділів кінцівок, частіше рук. Обумовлений ураженням субталамічного ядра і смугастого тіла внаслідок судинних порушень, у тому числі при ревматизмі й системному червоному вовчаку. Може проявлятися у формі гемібалізму.

6. Тики

Це швидкі, «уривчасті», повторювані рухи в окремих групах м'язів у результаті короткої одночасної активації агоністів й антагоністів. Моторні тики за структурою гіперкінезу розділяють на прості і складні, за локалізацією – на генералізовані й фокальні (у м'язах обличчя, голови, кінцівок, тулуба). Генералізовані складні тики можуть зовні нагадувати цілеспрямований руховий акт. Крім моторних, виділяють і фонічні тики: прості – з елементарною вокалізацією і складні, коли хворий викрикує цілі слова, іноді лайливі (копролалія).

6.1. Синдром (хвороба) Жюля де ля Туретта (генералізований тик)

Спадкове захворювання, передається за автосомно-домінантним типом, частіше починається у віці 7–10 років. При розгорнутій формі хвороби генералізований моторний тик поєднується з фонічним, а також психомоторними (нав'язливі стереотипні дії), психоемоційними (тривожність, страх) й особистісними змінами (замкнутість, сором'язливість, невпевненість у собі). Перебіг хвороби вкрай варіабельний: з періодичним поліпшенням і погіршенням, тривалими ремісіями, повільним прогресуванням гіперкінезу. Відомі випадки спонтанного зникнення останнього.

Симптоматичні тики можуть бути проявом ураження екстрапірамідної системи при енцефаліті, черепно-мозковій травмі, хронічній ішемії мозку, інтоксикації.

7. Міоклонії

Це блискавичні мимовільні скорочення окремих м'язів і м'язових груп. Зовнішня картина міоклонічного гіперкінезу залежить від частоти, ритму, амплітуди й локалізації м'язових скорочень. Тому при характеристиці клінічних форм міоклонії виділяють локальні й генералізовані, одно- або двосторонні, синхронні й несинхронні, ритмічні й неритмічні. Як уже було сказано, виникнення міоклоній пов'язують із порушенням функціональної взаємодії в стовбурово-мозочковому «трикутнику» (зубчасті ядра мозочка – червоні ядра – оливи довгастого мозку). До спадкових дегенеративних захворювань, у клінічній картині яких провідним симптомом є міоклонії, належать сімейна міоклонія Давиденкова, сімейна ністагм-міоклонія Ленобля-Обіно, множинний параміоклонус Фрідрейха та ін.

Як особливу локальну форму міоклоній описують ритмічну міоклонію (міоритмію), що відрізняється стереотипністю й ритмічністю. Гіперкінез обмежується залученням м'якого піднебіння (велопалатинна міоклонія), окремих м'язів обличчя, язика, шиї, рідше – кінцівок. Природа міоритмії незрозуміла. Більшість авторів зараховує локальні міоклонії до симптоматичних.

Симптоматичні форми міоклоній виникають при нейроінфекціях, травматичному, токсичному, дисметаболічному ураженні головного мозку. Так, при нейроінфекціях виникають «електрична» хорея Дубіні, судомна хорея Морфана, постгіпоксична інтенційна міоклонія (синдром Ланса-Адамса). Не виключено, що необхідною передумовою виникнення симптоматичної міоклонії є спадкова (або вроджена) недостатність екстрапірамідної системи у структурах стовбурово-мозочкового «трикутника».

7.1. Міоклонус-епілепсія

При двох спадкових прогресуючих захворюваннях міоклонічний гіперкінез й інші мозочкові порушення або зрідка (мозочкова міоклонічна диссинергія Ханта), або, як правило (міоклонус-епілепсія Унферріхта-Лундборга), поєднуються з епілептичними нападами. Форма останніх може бути гетерогенна: генералізовані судомні, абсанси.

8. Медикаментозні гіперкінези

ДОФА-вмісні протипакінсонічні засоби (леводопа й ін.), а також агоністи D₂-рецепторів при індивідуальному передозуванні викликають як генералізовані, так і локальні дистонії, які проявляються хореоатетодними гіперкінезами, тонічними формами дистонії в м'язах кінцівок і тулуба. Локальні гіперкінези мимічної мускулатури набувають форми орофасіальної дистонії, у стопах – тонічних гіперкінезів, при яких зовнішній край стопи відхиляється вниз і всередину, іноді виникає ізольована тонічна екстензія великого пальця. Будь-які форми зазначених гіперкінезів зменшуються або минають при зниженні дози застосовуваних дофамінергічних препаратів, особливо при їх відміні.

Нейролептики, частіше похідні бутирофенону (галоперидол), рідше фенотіазинові похідні (хлорпромазин), теж викликають екстрапірамідні розлади, які проявляються або акінетико-ригідним синдромом, або гіперкінезами. Останні частіше мають форму ОФД. Якщо вона з'являється на початку лікування нейролептиками, її називають «ранньою», якщо через місяці й роки (або при відміні тривалого лікування нейролептиками) – «пізньою». Ранній варіант також може настати при призначенні метоклопраміду. У випадку ранньої ОФД один нейролептик варто замінити на інший, а при неефективності такої заміни необхідно припинити лікування антипсихотичними середниками. Таку ж тактику застосовують при розвитку ОФД на фоні пролонгованого лікування нейролептиками. Якщо цей синдром виникає при раптовому припиненні тривалого лікування останніми, то доцільно на якийсь час відновити прийом препарату в колишній дозі, а потім почати програму повільної його відміни.

Гіперкінези при призначенні психостимуляторів й антидепресантів проявляються у вигляді підвищеної безцільної рухової активності (акатизії), хореї, фокальної або сегментарної дистонії, безладних м'язових посмикувань, рідше – тиків.

9. Пароксизмальні дискінезії

Ці рідкісні форми гіперкінезів мають ряд спільних рис: спадковий характер із різним ступенем пенетрантності патологічного гена; багатоваріантність зовнішнього прояву з частим поєднанням різних форм гіперкінезу: хореї, тиків, балізму й ін.; пароксизмальне виникнення гіперкінезу; відносна нетривалість епізоду – секунди або хвилини (рідко години); різниця за механізмом виникнення – або без видимих провокуючих моментів, або після емоційного стресу чи певного фізичного навантаження, цілеспрямованої дії (кінезіогенні форми пароксизмальних гіперкінезів).

Особливості різних варіантів позначаються на їхній назві: сімейний пароксизмальний дистонічний хореоатетоз Маунта-Ребека (кінезіогенна й некінезіогенна форми); кінезіогенна пароксизмальна дискінезія (інтенційна судома Рюльфа); пароксизмальна стереотипна гіперексплексія (складний мимовільний психомоторний акт у відповідь на зовнішнє подразнення, що після припинення піддається амнезії); нічна пароксизмальна дистонія (епізоди гіперкінезу виникають під час сну – поза фазою швидких рухів очей, тривають від декількох хвилин до години і представлені поєднанням різних форм – частіше хореатетозу, балізму або торзійної дистонії).

Так звані симптоматичні пароксизмальні дистонії, що виникають після перенесених травм, нейроінфекцій, інтоксикацій, мають із цими факторами, очевидно, лише зовнішній, тимчасовий зв'язок і виникають тільки в осіб, що мають спадкову або вроджену схильність у вигляді попередньо існуючого дефекту екстрапірамідної системи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Armstrong MJ, Miyasaki JM; American Academy of Neurology. Evidence-based guideline: pharmacologic treatment of chorea in Huntington disease: report of the guideline development subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2012 Aug 7;79(6):597-603.
2. Barrett MJ, Bressman S. Genetics and pharmacological treatment of dystonia. *Int Rev Neurobiol*. 2011;98:525-49.
3. Bertram KL, Williams DR. Diagnosis of dystonic syndromes--a new eight-question approach. *Nat Rev Neurol*. 2012 Mar 20;8(5):275-83.

4. Bhatia KP, Schneider SA. Psychogenic tremor and related disorders. *J Neurol*. 2007 May;254(5):569-74.
5. Borg M. Symptomatic myoclonus. *Neurophysiol Clin*. 2006 Sep-Dec;36(5-6):309-18.
6. Dressler D, Benecke R. Diagnosis and management of acute movement disorders. *J Neurol*. 2005 Nov;252(11):1299-306.
7. Elble RJ. Tremor disorders. *Curr Opin Neurol*. 2013 Aug;26(4):413-9.
8. Govert F, Schneider SA. Huntington's disease and Huntington's disease-like syndromes: an overview. *Curr Opin Neurol*. 2013 Aug;26(4):420-7.
9. Ha AD, Fung VS. Huntington's disease. *Curr Opin Neurol*. 2012 Aug;25(4):491-8.
10. Habib-ur-Rehman. Diagnosis and management of tremor. *Arch Intern Med*. 2000 Sep 11;160(16):2438-44.
11. Jankovic J. Treatment of hyperkinetic movement disorders. *Lancet Neurol*. 2009 Sep;8(9):844-56.
12. Lohmann K, Brockmann K. Genetics of movement disorders. *Nervenarzt*. 2013 Feb;84(2):143-50.
13. Mink JW. Paroxysmal dyskinesias. *Curr Opin Pediatr*. 2007 Dec;19(6):652-6.
14. Muller N. Tourette's syndrome: clinical features, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Dialogues Clin Neurosci*. 2007;9(2):161-71.
15. Ng BY. Psychiatric aspects of self-induced epileptic seizures. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002 Aug;36(4):534-43.
16. Papapetropoulos S, Tuchman A, Sengun C, Russell A, Mitsi G, Singer C. Anterocollis: clinical features and treatment options. *Med Sci Monit*. 2008 Sep;14(9):CR427-30.
17. Patel S, Martino D. Cervical dystonia: from pathophysiology to pharmacotherapy. *Behav Neurol*. 2013;26(4):275-82.
18. Perona-Moratalla AB, Argandoña L, García-Muñozguren S. Paroxysmal dyskinesias. *Rev Neurol*. 2009 Jan 23;48 Suppl 1:S7-9.
19. Quartarone A, Rizzo V, Morgante F. Clinical features of dystonia: a pathophysiological revisit. *Curr Opin Neurol*. 2008 Aug;21(4):484-90.
20. Rodríguez-Constela I, Rodríguez-Regal A, Cebrián-Pérez EM. Dystonia: their epidemiology, aetiology, diagnosis and treatment. *Rev Neurol*. 2009 Jan 23;48 Suppl 1:S61-9.
21. Roos RA. Genetic diagnosis of hyperkinetic movement disorders. *Expert Opin Med Diagn*. 2012 Sep;6(5):439-47.
22. Sanger TD, Chen D, Fehlings DL, Hallett M, Lang AE, Mink JW, Singer HS, Alter K, Ben-Pazi H, Butler EE, Chen R, Collins A, Dayanidhi S, Forsberg H, Fowler E, Gilbert DL, Gorman SL, Gormley ME Jr, Jinnah HA, Kornblau B, Krosschell KJ, Lehman RK, MacKinnon C, Malanga CJ, Mesterman R, Michaels MB, Pearson TS, Rose J, Russman BS, Sternad D, Swoboda KJ, Valero-Cuevas F. Definition and classification of hyperkinetic movements in childhood. *Mov Disord*. 2010 Aug 15;25(11):1538-49.
23. Singer C. Comprehensive treatment of Huntington disease and other choreic disorders. *Cleve Clin J Med*. 2012 Jul;79 Suppl 2:S30-4.
24. Spatola M, Wider C. Overview of primary monogenic dystonia. *Parkinsonism Relat Disord*. 2012 Jan;18 Suppl 1:S158-61.
25. Stack EC, Ferrante RJ. Huntington's disease: progress and potential in the field. *Expert Opin Investig Drugs*. 2007 Dec;16(12):1933-53.

26. Stacy M. Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis of cervical dystonia. *Neurol Clin.* 2008 May;26 Suppl 1:23-42.
27. Strzelczyk A, Bürk K, Oertel WH. Treatment of paroxysmal dyskinesias. *Expert Opin Pharmacother.* 2011 Jan;12(1):63-72.
28. Tassinari CA, Rubboli G, Parmeggiani L, Valzania F, Plasmati R, Riguzzi P, Michelucci R, Volpi L, Passarelli D, Meletti S, et al. Epileptic negative myoclonus. *Adv Neurol.* 1995;67:181-97.
29. Tomczak KK, Rosman NP. Torticollis. *J Child Neurol.* 2013 Mar;28(3):365-78.
30. Wick JY, Zanni GR. Essential tremor: symptoms and treatment. *Consult Pharm.* 2008 May;23(5):364-70, 375-7.
31. Wild EJ, Tabrizi SJ. The differential diagnosis of chorea. *Pract Neurol.* 2007 Nov;7(6):360-73.
32. Wolf DS, Singer HS. Pediatric movement disorders: an update. *Curr Opin Neurol.* 2008 Aug;21(4):491-6.

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.

Початок в номері 17

Одним з основних ризиків для демографічних перспектив є погіршення очікувань населення й особливо молоді через відсутність перспектив достатнього працевлаштування та придбання власного житла. Близько 31 % молодих сімей узагалі не забезпечені житлом. Житлова проблема є основною причиною, що стримує укладення шлюбів, та спричинює розлучення серед молоді. Ефективність державних програм залишається вкрай низькою.

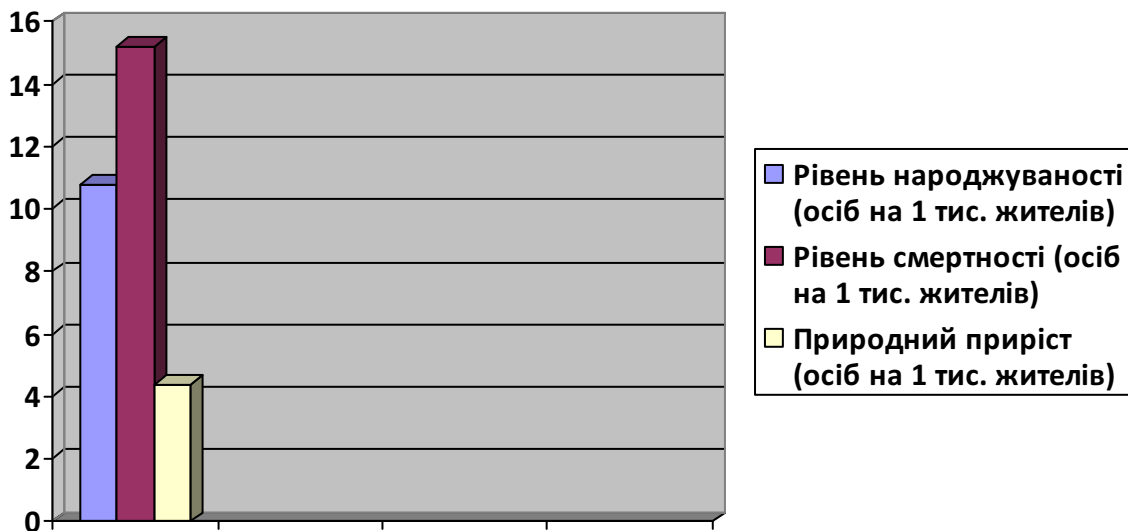
Пільговими кредитами щороку забезпечували менш ніж 3% молодих сімей.

Без кардинальної зміни підходів держави та суспільства до підтримки молодих сімей демографічні перспективи України залишаються сумними. Пенсіонерів в 1989 році на 1000 осіб працездатного було 379, дітей 412, то в 2009 році пенсіонерів стало 399, а дітей 252.

Випереджувальними темпами триватиме зменшення кількості населення південно-східних (Донбас) та окремих центральних (Чернігівська, Житомирська, Кіровоградська області) України.

Демографічна ситуація на заході України залишається значно кращою, ніж у південно-східних регіонах, зокрема, на Донбасі. Техногенне навантаження, яке ускладнює екологічну ситуацію, погіршена вікова структура південно-східних регіонів зумовлюють вищий рівень смертності та низьку середню очікувану тривалість життя.

**Графік демографічних показників в Україні в 2008 – 2009 році.
(кількість осіб)**



Загальна смертність населення від окремих причин в Україні вдвічі перевищує відповідні показники країн Європейського Союзу. Високим є рівень смертності осіб працездатного віку, який у 2-4 рази вищий, ніж в економічно розвинених країнах. [8,9]

Особливе занепокоєння викликає проблема смертності працездатних чоловіків, показник якої у працездатному віці в 3,5 разів більший відповідного показника серед жіночого населення. Тривалість життя чоловіків в Україні упродовж 1991 – 2010 років збільшилась лише на один рік на відміну від країн Європейського Союзу, де вона зросла на 5,2 роки. У 2010 році в Україні тривалість життя жінок була на 7,5 років коротша, ніж у середньому в країнах Європейського Союзу, чоловіків майже на 12 років, середня очікувана тривалість життя населення у 2010 році дорівнює 70,3 року, що зумовляє її розрив із середньоєвропейським показником до шести, а з показниками країн Європейського Союзу до 10 років. [10]

Загальна чисельність інвалідів за останні 20 років подвоїлось. На початку 2011 року в країні налічувалось 2,7 млн. осіб з інвалідністю, або 6% відсотків від загальної чисельності населення. Збільшення загального тягаря хвороб, передчасної смертності населення України є не лише зменшення років потенційного життя та збільшення величини незворотніх втрат унаслідок смерті, а й значні економічні збитки. Лише через передчасну смертність населення щороку втрачається близько 4 млн. років потенційного життя, відповідно обсяг недовиробленого національного продукту становить від 47,9 до 89,1 млрд. гривень, причому лєвова частка втрат зумовлена смертями чоловіків.

Демографічні показники по регіонах України

Регіон	2008-2009 рр.				
	Рівень народжуваності (осіб на 1 тис. жителів)	Рівень смертності (осіб на 1 тис. жителів)	Природний приріст (осіб на 1 тис. жителів)	Середня очікувана тривалість життя	Валовий регіональний продукт на одну особу за регіонами у 2009 році (грн.)
Закарпатська	14,7	12,0	2,7	69,2	10081
Рівненська	14,8	13,0	1,8	69,6	11796
м.Київ	11,5	10,3	1,2	72,7	61088
Волинська	14,3	12,8	0,5	69,5	11796
Чернівецька	12,2	13,0	-0,8	71,8	9383
Івано-Франківська	11,8	12,7	-0,9	71,7	12485
Львівська	11,2	12,8	-1,6	71,6	14093
АРК	11,8	14,5	-2,7	69,3	13933
Одеська	12,0	15,1	-3,1	68,1	20341
Тернопільська	10,9	12,7	-0,9	72,0	10240
м.Севастополь	11,0	14,7	-3,7	69,7	16966
Херсонська	11,4	15,1	-3,7	67,9	12755
Хмельницька	10,8	15,6	-4,8	70,1	11780
Київська	11,5	16,5	-5,0	68,2	21769
Кіровоградська	10,4	17,4	-7,0	67,7	13096
Житомирська	11,5	16,6	-5,1	67,8	11419
Вінницька	10,6	16,7	-5,5	70,4	12145
Харківська	9,5	15,2	-5,7	70,1	21228
Дніпропетровська	10,6	16,3	-5,7	67,7	27737
Запорізька	10,0	15,8	-5,8	69,5	20614
Черкаська	9,7	16,9	-7,2	69,9	14393
Донецька	9,3	16,6	-7,3	67,7	23137
Луганська	9,1	16,9	-7,8	68,4	16562
Полтавська	9,5	17,5	-8,0	69,3	22337
Миколаївська	10,8	15,8	-3,1	67,7	17050
Сумська	8,9	17,3	-8,4	69,2	13631
Чернігівська	9,1	19,6	-10,5	67,9	13121
по Україні	10,8	15,2	-4,4	69,3	19832

В Україні щороку внаслідок абортів в середньому скорочується кількість населення на 2 млн. осіб.

З 1991 року в Україні внаслідок нещасних випадків загинуло біля 1 млн. людей, травмовано – більше 44 млн.

За даними Міжнародної організації праці безробітних в Україні на 1 січня 2012 року було 1,7 осіб.

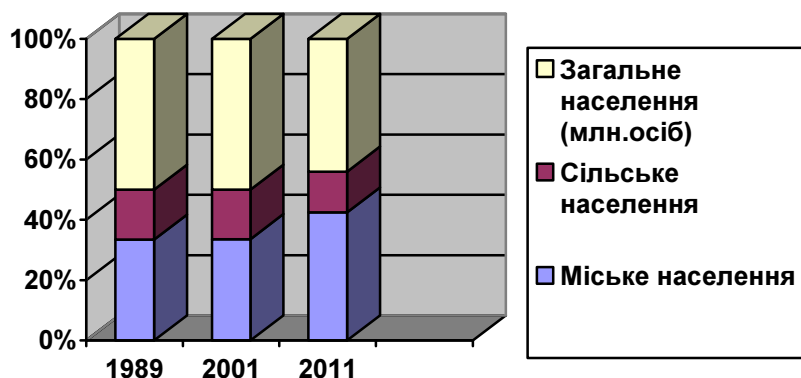
За даними Інституту демографії і соціальних досліджень НАН України доля осіб пенсійного віку в 2010 році складала 31%, а в 2050 році буде складати 36%. Чисельність

населення в 2010 році складала 45,4 млн. осіб, а в 2050 році буде становити 30 млн. осіб. Для України характерний синдром прискороеного старіння населення. [1]

Оптимально слід задуматися про старість з 45 років. Особливо це стосується чоловіків, вони найбільше вразливі в цьому віці.

Є два основних показники початку старіння: втрата прозорості кришталика ока і зневоднення колагену четвертого типу, наявність зморшок. Підготовку до старіння слід починати з молодю, а для цього слід вести здоровий спосіб життя і регулярно відвідувати лікарів (диспансеризація).

Динаміка наявності населення України (1989 – 2011 роки)



За даними Держкомстату та результату перепису населення Україна за 20 років незалежності втратила приблизно 6,2 млн. осіб. Шанси дожити до пенсії у жінок 85%, а в чоловіків 70 %.

Фонд народження ООН в Україні «намалював» портрет сучасної українки. Заміж вперше виходить у 20-24 роки, народжує 1-2 дитини, кожна четверта має вищу освіту. Живе у середньому 74,8 року (чоловік – 64,3). Помирає у більшості випадків від серцево-судинних захворювань та раку. Жінки менш схильні до суїциду, ніж чоловіки. Найкритичніша вікова група – 35-54 роки. З шести самогубць лише одна жінка.

Фактично нині поліпшення демографічної ситуації в країні – це підвищення народжуваності і скорочення смертності.

Демографічні показники в країні

Роки	Всього населення (тис. осіб)	До 14 років включно (тис. осіб)	65 і більше років (тис. осіб)	Кількість народжених (тис. осіб)	Кількість померлих (тис. осіб)	Природний приріст населення (тис. осіб)	Міграційний приріст населення (тис. осіб)
1990	51556,5	11084,2	6174,6	657,2	629,6	27,6	78,3
1995	51300,4	10528,7	6961,1	492,9	792,6	-229,7	-131,6
2000	49115,0	8781,0	6818,9	385,1	758,1	-373,0	-133,6
2005	47100,5	6989,8	7507,2	426,1	782,0	-355,9	4,6
2010	45782,6	6483,6	6541,1	497,7	698,2	-200,5	16,1

Для повного гальмування депопуляції – потрібна робота над скороченням передчасної смертності, особливо серед чоловіків. А це можна зробити за рахунок здоров'я населення та зміни ставлення до здорового способу життя. Україна має перейти на самозбереження як в індивідуальному, так і колективному стані, замість самознищення, як це є нині.

Не менш важливим інструментом покращення демографічної ситуації є запобігання смертності. Насамперед це стосується найпростіших – профілактичних - заходів, як то протидія алкоголізму, наркоманії, тютюнопалінню. В Україні щороку 40-50 тис. смертей пов'язані з пияцтвом, близько 10 тис. – із тютюнопалінням. За оцінкою Світового банку до 94% смертельних випадків від алкоголізму в Україні можна було уникнути за допомогою профілактики.

Від початку 1990-х в нас не з'явилося на світ майже 5,3 млн. майбутніх батьків і матерів (станом на 1 січня 1990-го Українців у віці до 24 років було 18 млн., на 1 січня 2011-го – 12,7 млн.)

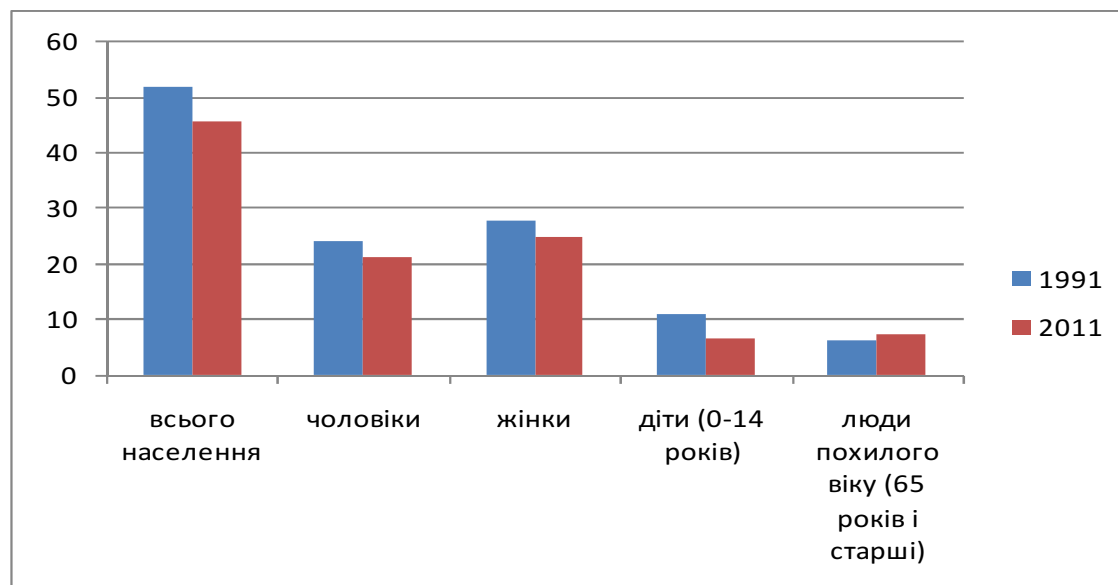
У 2006-му році з'явився перший Український регіон (Закарпаття), де кількість народжуваних дітей перевищила кількість померлих на 66,5 осіб. В 2008 році природний приріст був зафіксований у Рівненській області та місці Києві, 2009 – го у Волинській, а 2011-го Чернівецькій. На сьогодні вже в п'яти регіонах України народжуваність перевищує смертність. [11]

Причинами скорочення чисельності населення є:

- низький рівень життя – 68%;
- збільшення смертності – 24%;
- соціальна політика – 24%;
- падіння значення сім'ї – 20%;
- стан здоров'я – 12%;
- демографія попередніх років – 8%;
- розповсюдження «західної» моделі сім'ї (низький рівень народжуваності) – 6%.

В Україні упродовж багатьох років співвідношення між чоловіками і жінками, тобто статеву структуру населення, є сталим і становить відповідно 47% і 53%. Це пов'язано з меншою пристосованістю чоловічого організму до довкілля, а також із шкідливими для здоров'я звичками, характерними більше для чоловіків (паління, вживання алкоголю) та небезпечними умовами праці чоловіків у багатьох галузях господарства.

Демографічна картина країни (млн. чол.)



Середня очікувана тривалість життя у нас сама низька в Європі. Там люди мають можливість дожити до 80 років. Різниця – між тим, скільки живуть в нашій країні жінки і чоловіки біля 10 років, тоді як в розвинених країнах цей показник не перевищує 2-3 роки. В Швейцарії, Норвегії та Японії найвища середня тривалість життя – більше 80 років.

Одним із важливих чинників демографічної кризи є економічні проблеми молодих родин, що мають недостатні або ненадійні засоби одержання сімейного доходу. Це призводить до відкладання народження першої дитини “на пізніше”, до відмови від народження другої дитини.

Зростає частка дітей, народжених поза шлюбом. Середній заробіток жінок складає близько 88% від заробітку чоловіків. Тому незаміжні жінки не можуть собі дозволити мати більш, як одну дитину. А це відповідно призводить до зменшення народжуваності.

Кількість дітей в сім'ях:

- одна дитина – 30%;
- двоє дітей – 43%;
- троє дітей – 6%;
- більше трьох дітей – 2%;
- немає дітей – 19%;

Українці не готові до народження дитини:

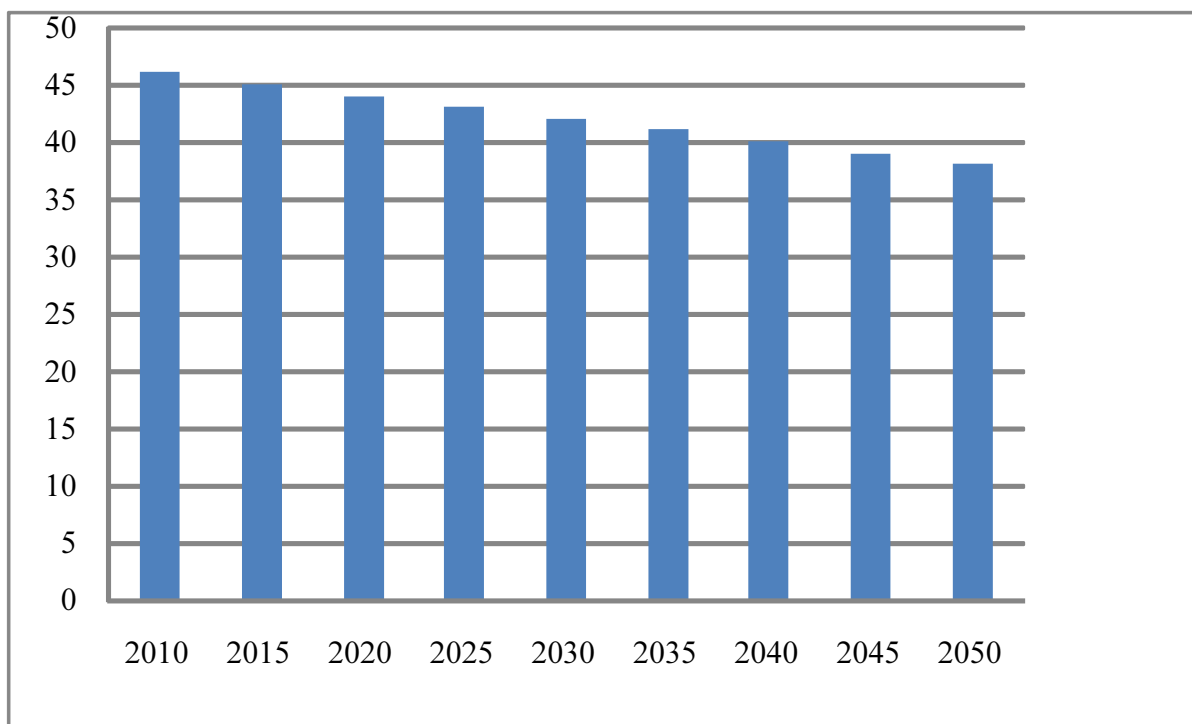
- вже пізно – 54%;
- вже є дитина – 22%;
- хвилюються, що не зможуть забезпечити дитину – 14%;
- в країні не благодатні умови для народження дітей – 9%;
- ще рано народжувати – 7%;
- немає людини, з якою можливо заводити дитину – 4%.

Загальна кількість дітей – сиріт і дітей батьків, позбавлених батьківських прав, в Україні вже багато років практично не змінюється й залишається на рівні 96 тис. осіб. А кількість усиновлених значно скоротилось. Якщо в 2000 році було усиновлено 7962 дитини, в 2005 році 5241, то в 2011 році 4416 дітей. [11]

Основні параметри прогнозу смертності населення України

		2010	2020	2030	2040	2050
Вірогідність смерті у віці від 40 до 60 років	Жінки	111	86	78	73	70
	Чоловіки	314	241	206	191	170
Вірогідність смерті у віці до 40 років	Жінки	43	27	22	20	18
	Чоловіки	118	84	67	54	43
Середня очікувана тривалість життя при народженні, роки	Жінки	74,0	76,0	77,7	78,9	79,5
	Чоловіки	62,2	65,9	68,0	69,7	71,5

Частка осіб пенсійного віку в перспективі до 2050 роках (млн. осіб)



Уперше за 20 років зафіксовано зростання чисельності населення України.

З 1993 року досягнувши максимальної в історії позначки – 52,2 млн. наявного і 51.7 млн. постійного. Станом на 1 жовтня 2012 року наявне населення України становило 45 млн. 559 тис. 235 осіб, а постійне 45 млн. 378 тис. 880 осіб. Це на 177 осіб більше станом на 1 вересня 2012 року, про що свідчать дані Державної служби статистики України.

Щоб покращити демографічну ситуацію в Україні потрібно для кожного регіону підготувати обґрунтовані та розроблені заходи із збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом поліпшення медичного обслуговування, соціально-економічного становища, культурно-етнічних та історичних традицій, медико - демографічної ситуації, розвитку системи охорони здоров'я і визначення впливу на здоров'я соціальних чинників. Покращення заходів щодо зміцнення здоров'я та профілактики захворювань, а також підвищення ефективності лікування та реабілітації хворих.

Зниження інвалідності і смертності населення, забезпечення соціальної справедливості і захисту прав громадян на охорону здоров'я. Фактично нині поліпшення демографічної ситуації в країні, підвищення народжуваності, скорочення смертності – це питання національної безпеки.

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, 2009, 2010, 2011, 2012 рік. Державний комітет статистики України .
8. Стеченко Д.М. Розміщення продуктивних сил і регіоналістика: Навч. посіб. – К.-Вікар, 2001. – С. – 374.
9. Шевчук Л. Демографічне районування України як необхідна складова регіонального демографічного прогнозу / Рада по вивченню продуктивних сил України.// Україна: аспекти праці.-2001.- №1.- С. 18-22.

Л.Т.ШЕВЧУК, І.В.МЕЛЬНИЧУК

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЯКІСНОЮ ПИТНОЮ ВОДОЮ ЯК ПРОБЛЕМА ДЕРЖАВНОГО ЗНАЧЕННЯ

У статті привертається увага до питань забезпечення населення якісною водою як до проблем державного значення. Відслідковується зв'язок між якістю питної води і тривалістю життя населення. Наголошується на важливості наявності належної кількості йоду в питній воді, що сприятиме зменшенню захворюваності населення на ряд хвороб. Окреслюються заходи, які потрібно вирішити у найближчий час з метою поліпшення ситуації.

Ключові слова: якість води, питна вода, проблема, забезпечення, захворюваність, тривалість життя, економічні затрати.

В статье привлекается внимание к вопросам обеспечения населения качественной водой как к проблемам государственного значения. Отслеживается связь между качеством питьевой воды и продолжительностью жизни населения. Отмечается важность наличия надлежащего количества йода в питьевой воде, что будет способствовать уменьшению заболеваемости населения на ряд болезней. Очерчиваются мероприятия, которые нужно решить в ближайшее время с целью улучшения ситуации.

Ключевые слова: качество воды, питьевая вода, проблема, обеспечение, заболеваемость, продолжительность жизни, экономические затраты.

In the article attracted attention to the questions of providing of population quality water as to the problems of state value. Connection is watched between quality of drinking-water and life-span of population. It is marked on importance of presence of the proper amount of iodine in a drinking-water, that reduction to morbidity of population will promote on the row of illnesses. Measures that needs to be decided in the near future with the aim of improvement of situation are outlined.

Keywords: quality of water, drinking-water, problem, providing, morbidity, life-span, economic expenses.

Актуальність теми. Проблеми забезпечення населення України якісною питною водою відносяться до найважливіших проблем державного значення. Адже, від якості води залежить стан здоров'я населення та ступінь екологічної та епідеміологічної безпеки цілих регіонів.

Забезпечення якісною водою є також і серйозною економічною проблемою, яка останнім часом проявляється і загострюється в кількох аспектах:

1. Постійно зростають витрати на очистку води.
2. В містах і селах споживається неякісна вода, що призводить до захворюваності і відповідно необхідні додаткові кошти на лікування.
3. Через неякісну воду знижується працездатність і продуктивність праці населення, яке працює.
4. Ряд підприємств різних галузей (зокрема, точного машинобудування, оптики, фармацевції, медицини) не можуть працювати без чистої води.

Ось чому дослідження проблем, пов'язаних із забезпечення населення України якісною питною водою, є потрібні та важливі для суспільства, що засвідчує про актуальність теми статті.

Вивченість теми. Проблеми забезпечення населення України якісною питною водою постійно перебувають в центрі уваги органів управління різного ієрархічного рівня, розглядаються в документації державної ваги, зокрема в Загальнодержавній цільовій програмі «Питна вода України» на 2011-2020 роки, затвердженій Законом України від 20 жовтня 2011 року №3933-VI; Загальнодержавній програмі розвитку мінерально-сировинної бази України на період до 2030 року, затвердженій Законом України від 21 квітня 2011 року №3268-VI; Загальнодержавній цільовій програмі розвитку водного господарства та екологічного оздоровлення басейну річки Дніпро на період до 2021 року, затвердженій Законом України від 24 травня 2012 року №4836-VI; Державній цільовій програмі розвитку українського села на період до 2015 року, затвердженій постановою Кабінету Міністрів України від 19 вересня 2007 року №1158 та ін. Зараз на всіх ієрархічних рівнях управління, в засобах масової інформації обговорюється Указ Президента України № 350/2013 Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 25 квітня 2013 року «Про стан виконання рішення Ради національної безпеки і оборони України від 27 лютого 2009 року «Про стан безпеки водних ресурсів держави та забезпечення населення якісною питною водою в населених пунктах України». Зазначимо, що вирішення ряду завдань, згідно із зазначеним Указом, дозволило б суттєво поліпшити постачання населенню якісної питної води.

Ряд проблем забезпечення населення України якісною питною водою активно обговорюється останнім часом в наукових публікаціях вітчизняних і зарубіжних вчених. Особливий інтерес з огляду на зазначені проблеми викликають праці Ю.М.Панишка (див.попередні номери цього збірника).

Разом з тим, ряд питань вимагають поглибленого вивчення, серед яких на особливу увагу мають заслуговувати проблеми водопостачання населення великих міст. З огляду на сказане очевидно, що тема цієї публікації важлива, актуальна і своєчасна.

Виклад основного матеріалу. Рівень якості питної води в Україні є низьким. Так він є дуже низьким із централізованих водопровідних систем та джерел питного водопостачання в сільській місцевості, а в окремих регіонах – критичним. Причиною такої ситуації в першу чергу є застарілі методи дезінфекції води (застосування на станціях водопідготовки хімреагентів та активного хлору), які крім знезараження води призводять до утворення небезпечних речовин.

Згідно з ДСанПіН 2.2.4-400-10 питна вода – призначена для споживання людиною, з мінеральним складом, адекватним фізіологічній потребі організму людини. Також вживання такої води не повинно завдавати шкоди для здоров'я суспільства у майбутньому. За даними Всесвітньої організації здоров'я (ВОЗ) [1] висока середня тривалість життя спостерігається в двох випадках:

- в країнах, де склались природні сприятливі умови - є в достатній кількості природна м'яка маломінералізована, чиста вода (так, середня тривалість життя населення Макао становить 81,6 років; Японії – 80,7; Швейцарії– 79,6; Норвегії – 78,7);

- в країнах, де немає природної, чистої, маломінералізованої питної води, але держава піклується про своїх громадян, впроваджуючи жорсткі стандарти, витрачаючи великі кошти на сучасні методи очищення води (зокрема, середня тривалість життя населення Італії складає 79,0 років; Канади – 79,4; Мальти – 78,1).

Відповідно, опосередкованим підтвердженням низької якості питної води як одного з основних чинників життєдіяльності людини слугують показники, які засвідчують, що Україна знаходиться за даними ВОЗ на 146 місці за середньою тривалістю життя у світі (65,98 років) і на 95 місці зі 122 країн за станом водних ресурсів [2].

В Україні особливо складна ситуація з питною водою є у великих містах, зокрема і в Івано-Франківську. Тривалий час Івано-Франківськ був центром сировинно-видобувного регіону. Саме видобуток тут таких ресурсів, як нафта й газ, вплинув на якість вод.

В Івано-Франківську очисні споруди по підготовці до вживання питної води, технології побудовано в 40-60 роках ХХ ст. згідно з діючими на той час нормативами і технологічними можливостями. В ті часи поверхневі джерела водопостачання були віднесені до 1-го і 2-го класів. Ці споруди і технології сьогодні вже не в змозі забезпечити бар'єрно-захисної ролі для питної води при доведенні до необхідної якості [3]. У місті для очистки води застосовують різні методи. Відмінність між ними полягає у затратності і функціях, які вони повинні виконувати. Найдорожче обходяться витрати на придбання гіпохлориту натрію, який застосовується для знезараження води від токсичних домішок.

Івано-Франківська область відноситься до регіону, де якість підземних вод, порівняно з іншими областями, є кращою. Однак справжню картину якості води можна отримати тільки за результатами лабораторних досліджень складу води. Такі дані засвідчили те, що з 22 проаналізованих показників якості води 5 показників не відповідають вимогам ГОСТ 2874-82 і нормативам ДСанПіН 2.2.4-400-10. Відповідно до ДСанПіН 2.2.4- 400-10 досліджених 22 показників недостатньо для характеристики якості водопровідної води. Згідно з цими нормами та стандартами ЄС для більш повної оцінки якості водопровідної води в Івано-Франківську, крім 22 досліджених показників якості, дуже важливо мати інформацію хоча б ще по 18 показниках, які б дали можливість оцінити наявність у воді вірусів, кишкових паразитів, лямблій, аміб; визначити смак та присмак; виявити, чи є у воді такі речовини, як йод; хлор залишковий; алюміній; кремній; формальдегід; хлороформ; нафтопродукти; поверхнево-активні речовини (ПАР); бенз(а)пирен; пестициди; тригалогенметани; феноли; хлорфеноли; ціаніди; тетрахлорвуглець; трихлоретилен та тетрахлоретилен; загальний органічний вуглець. Для здійснення більш повних аналізів води КП "Івано-Франківськводокотехпром" придбав нову лабораторію.

Переважає більшість вказаних вище домішок потрапляють в воду в результаті антропогенного впливу на водоймища або джерела води, та застосування на станціях водопідготовки хімреагентів та активного хлору. Останній крім знезараження води призводить до появи в неї небезпечних канцерогенних та мутагенних хлорованих домішок органічних речовин. Певна кількість домішок потрапляє безпосередньо у водопровідну воду внаслідок вторинного забруднення при транспортуванні по трубах або під час зберігання води в ємностях. Встановленими причинами вторинного забруднення є біологічна нестабільність (мікробне зараження) води, хімічна

нестабільність (агресивність) води, поганий стан (знос) водопровідної мережі, надходження до неї води з різних джерел водопостачання, невелика швидкість потоку води або перерви надходження води до водопровідної мережі, дренаж води з ґрунту. Під впливом цих та інших факторів в трубах відбувається корозія з розчиненням заліза, випадінням осадів, створюються умови інтенсивного біоценозу, який супроводжується розвитком колоній бактерій. Осади та токсичні продукти метаболізму мікрофлори негативно впливають на санітарний стан води, яка транспортується, і, зазвичай, є чинником погіршення органолептичних властивостей і якості води централізованого водопостачання. Крім того, погіршення якості води може мати місце з часом, наприклад, внаслідок: зростання каламутності водопровідної води в період паводків, недостатньої коагуляції алюмінієвих реагентів, прогресування вторинного забруднення води в трубах. Таким чином, вода з водопровідної мережі не може розглядатися як абсолютно безпечна для здоров'я людини і фізіологічно повноцінна. Цей загальновідомий висновок є цілком справедливим стосовно водопровідної мережі м. Івано-Франківськ.

Зі складом питної води часто пов'язують ендемії зоба-хвороби, яка супроводжується збільшенням щитовидної залози. Тривалий час її етіологія залишалася невідомою, хоча для лікування цієї хвороби здавна успішно застосовували морські водорості і сіль. Так, при відсутності достатньої кількості йоду у воді і їжі порушуються нормальний розвиток і функції щитоподібної залози, виникає ендемічний зоб. Він тісно пов'язаний із порушенням синтезу тиреоїдних гормонів, пригніченням тиреотропної функції гіпофіза і секреторної активності щитоподібної залози. У важких випадках і без лікування розвивається симптомокомплекс, подібний гіпотиреозу, з відставанням у фізичному і розумовому розвитку, кретинізмом.

Добовий баланс йоду за А.П.Виноградовим такий: 70 мкг має надходити з їжею рослинного походження, 40 мкг - з м'ясною їжею, 5 мкг - з повітрям, 5 мкг - з водою, тобто в сумі 120 мкг /добу. На сьогодні відомо, що фізіологічна добова потреба в йоді трохи вище й становить 150-200 мкг. Відзначено зворотна кореляція між вмістом йоду у воді джерел, частотою і тяжкістю перебігу хвороби.

У той же час використання для пиття води з вмістом йоду понад 100 мкг/л може сприяти зниженню рівня і навіть ліквідації захворюваності ендемічним зобом.

Таким чином, низький вміст йоду у питній воді і продуктах харчування є безпосередньою причиною захворюваності населення ендемічним зобом. Кількість йоду в місцевих харчових продуктах корелює з його кількістю у воді поверхневих і підземних джерел водопостачання. Внаслідок цього низька концентрація йоду у воді стає своєрідним індикатором його рівня в об'єктах навколишнього середовища і сигналом можливості виникнення зобної ендемії. Крім того, було доведено, що підвищена жорсткість води в ендемічних районах сприяє розвитку ендемічного зобу, так як погіршує всмоктування йоду в травному каналі [4].

Івано-Франківська область належить до ендемічних районів по дефіциту йоду. Найбіднішою на йод виявилась гірська зона Прикарпаття, де вміст складає 4×10^5 — 10×10^5 . У передгірській зоні вміст йоду в ґрунті коливається від $10,1 \times 10^5$ до 40×10^5 . Водночас концентрація йоду у питній воді в гірських районах коливається від 0,22 мкг/л до 2,0 мкг/л, а в передгірських рівнинних — не перевищує 4 мкг/л. Відомо, що переважна кількість йоду в організм надходить не з водою, а з харчовими продуктами. Але оскільки вміст йоду в харчових продуктах знаходиться в такому ж відношенні до ендемічного району, як і вміст у воді місцевих ґрунтових джерел водопостачання, то мала кількість йоду у воді, як правило, свідчить про несприятливі умови, які здатні викликати зобну ендемію [5].

З позиції йододефіциту територія України поділяється на 4 зони: регіони з вираженим йододефіцитом (Волинська, Рівненська, Львівська, Тернопільська, Івано-Франківська, Закарпатська, Чернівецька, Чернігівська області), де проживає майже 15 млн. населення, регіони з частково вираженим йододефіцитом (Київська, Житомирська, Хмельницька області та АР Крим), регіони з помірним йододефіцитом (Вінницька, Черкаська, Полтавська, Сумська, Дніпропетровська, Луганська області) та регіони з незначним йододефіцитом і достатньою йодозабезпеченістю (Одеська, Миколаївська, Кіровоградська, Херсонська Запорізька, Донецька, Харківська області) [6], [7].

У населення, що проживає в йододефіцитних районах, найчастішим видимим проявом дефіциту йоду є ендемічний зоб (дифузний, вузлуватий/ багатовузлуватий, змішаний), що має різні розміри. Погіршення екологічного стану довкілля, розбалансованість добових раціонів, особливо за макро- і мікроелементним складом, найстрашніша техногенна аварія на ЧАЕС призвели до значного зростання ЙДЗ серед населення держави. Стало зрозумілим, що за рахунок використання лише йодованої солі цю проблему повністю розв'язати неможливо [8, 9].

У наш час добова потреба йоду (рекомендації фахівців ВООЗ, 2000) враховує вік людини і має такий вигляд: діти до 12 місяців – 100 мкг, від 2 до 12 років – 120 мкг, підлітки і дорослі – 150 мкг, вагітні жінки і матери, які годують дитину груддю, – 200 мкг, люди похилого віку – 100 мкг на добу. У природі найбільші запаси йоду розташовані у морській воді, повітрі та ґрунті приморських районів, морських водоростях, молюсках і морській рибі. Решта харчових продуктів містить, як правило, незначну кількість цього мікроелемента.

У зв'язку з йододефіцитом суттєво знижується продуктивність праці у дорослого населення. Медико-соціальне і економічне значення йодного дефіциту полягає у значних втратах інтелектуального, освітнього та професійного потенціалу нації. Розрахунки економічних втрат для багатьох країн, внаслідок зниження продуктивності праці через йодну недостатність, становлять сотні мільйонів, а то й мільярди доларів або євро. Вченими Академії медичних наук України разом з фахівцями Сполучених Штатів Америки прораховані економічні наслідки цього для України: вона втрачає щонайменше 350 млн. грн. За нашими підрахунками за цією методикою для Івано-Франківська втрати складуть приблизно 2 млн. грн.

Разом із тим інвестування в програму профілактики дефіциту йоду дозволить зменшити витрати бюджетних коштів до 80% (280 млн. грн.). Співвідношення користі від ліквідації йододефіциту у населення у вигляді збільшення доходів від зростання економічної продуктивності до витрат на ліквідацію йододефіциту складає 38,9. Кожна гривня, вкладена у вирішення проблеми йододефіциту, дасть державі від 19 до 63 грн. прибутку [10].

Висновки. Враховуючи якість питної води в Україні, особливо у великих містах доцільно поглиблено вивчати цю проблему з метою пошуку шляхів її розв'язання. Вкрай важливо розробити та забезпечити затвердження в установленому порядку у тримісячний строк Водної стратегії України на період до 2025 року та порядку пільгового кредитування, зокрема за кошти державного бюджету, господарюючих суб'єктів для впровадження ними проектів із модернізації систем централізованого водопостачання і водовідведення, як це передбачено в Указі Президента України № 350/2013 Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 25 квітня 2013 року «Про стан виконання рішення Ради національної безпеки і оборони України від 27 лютого 2009 року «Про стан безпеки водних ресурсів держави та забезпечення населення якісною питною водою в населених пунктах України». Необхідно організувати моніторинг вирішення поставлених завдань та коригувати їх з плином

часу. І найголовніше. Треба дбати про екологічну освіту населення. Адже, чисте, незасмічене довкілля – це вища якість питної води, від якої залежить життя на планеті Земля.

ЛІТЕРАТУРА

1. Всесвітня організація здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/countries/ukr/ru/>
2. Брут А. Ранок – зі склянки вітамінів/ А.Брут. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://h.ua/story/224363/>
3. Семчук Г.М. Народу України – якісну питну воду / Г.М. Семчук // Водопостачання та водовідведення: спецвипуск – №1-2008. - С. 2.
4. Ендемічне значення води [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mediclub.com.ua/index.php?newsid=13166>
5. Вплив йододефіциту на розумовий і фізичний розвиток дітей гірської зони Прикарпаття / В. І. Боцюрко, Н. М. Воронич, І. Г. Бабенко [та ін.] // Буковин. мед. вісн. — 2004. — Т. 8, № 3—4. — С. 130—133.
6. Матасар И.П., Салий Н.С., Ермолова Ю.В. Йодная недостаточность – причина многих заболеваний для настоящего и будущего поколений [Текст] / Ю.В. Ермолова, Н.С. Салий, И.П. Матасар // Здоровье и питание. –1998. – №3–4. – С. 8–10.
7. Тимченко А.М. Сучасні особливості регіональної поширеності тиреопатології серед населення [Текст] / А.М. Тимченко // Пробл. ендокринної патол. –2003. – №3. – С. 36–45.
8. Анциферов М.Б., Свириденко Н.Ю., Филатов Н.Н. Организация основных мероприятий по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом йода [Текст] / Н.Н. Филатов, Н.Ю. Свириденко, М.Б. Анциферов // Клинич. тиреоидол. – 2004. – Т.2, №2. – С. 18–21.
9. Шахтарин В.В., Цыб А.Ф., Разиев Р.А. Эффективность йодказеина для профилактики йодного дефицита [Текст] / Р.А. Разиев, А.Ф. Цыб, В.В. Шахтарин // Социально-медицинские аспекты состояния здоровья и среды обитания населения, проживающего в йододефицитных регионах России и стран СНГ: матер. Междунар. конф. – Тверь, 2003. – С. 91–95
10. Кравченко В.І. Йододефіцит – актуальна проблема для України /В.І. Кравченко/ Еженедельник 2000. – 2011. – №36 (572) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://2000.net.ua/2000/aspekty/zdorove/75390>

ХРОНІКА

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

ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:

40 річчям

Ельяшевську Ірину Іванівну
Лаврик Галину Стефанівну
Посівнича Михайла Миколайовича

45 річчям

Рябченко Наталію Георгіївну
Наконечну Ольгу Владиславівну
Годованого Василя Олексійовича
Гнатюк Віру Василівну
Корчинську Олену Степанівну

50 річчям

Соломенчук Тетяну Миколаївну
Колесніченка Олександра Володимировича

55 річчям

Табакар Анну Іллівну
Москвяка Євгена Йосифовича

60 річчям

Бензеля Леоніда Васильовича
Петрушенко Оксану Петрівну

65 річчям

Дутку Романа Ярославовича
Снігура Анатолія Анатолійовича

70 річчям

Гнатейка Олега Зиновійовича

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

Редколегія

Хроніка серпня: ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

4 серпня – 120 років від дня народження **Леонтія Максимонька** – українського лікаря. Навчався на медичному факультеті в університеті Граца в 1913-1914 рр. та 1920-1923 рр. Під час I світової війни – санітарний чотар австрійської армії. В УГА був санітарним поручником. В 1926 р. нострифікував свій диплом у Львівському університеті. Мав лікарську практику у Львові. З 1939 р. виконував функцію директора Лікарської палати у Львові та асистента кафедри офтальмології ЛМІ. В 1941-1944 рр. – викладач очної клініки медичних курсів. В 1944 р. емігрував до Австрії, працював в очній клініці проф. Бека. В 1948 р. виїхав до Канади. В 1952 р. вийшов на пенсію. Був активним членом українських патріотичних організацій та УЛГ. Помер 5 квітня 1965 р. на 72 році життя.

4 серпня – 100 років від дня народження **Олександра Васильовича Коваля** – українського лікаря, вченого. Народився в с. Ситихів Львівської області. У 1936 р. закінчив Варшавську стоматологічну академію. В 1937-1939 рр. працював приватним стоматологом в м. Кам'янка-Бузька Львівської області. В 1939-1944 рр. – ординатор, головний лікар стоматологічної клініки Львівського медінституту, в 1944 р. – щелепно-лицевий хірург військового шпиталю 4 Українського фронту, в 1945-1960 рр. – завідувач курсу стоматології кафедри шпитальної хірургії. В 1951 р. захистив кандидатську дисертацію. В 1955 р. отримав вчене звання доцента. В 1960-1972 рр. – завідувач кафедри хірургічної стоматології. В 1967 р. захистив докторську дисертацію, а в 1968 р. отримав вчене звання професора. В 1960-1968 рр. – декан стоматологічного факультету. Автор (співавтор) близько 50 наукових праць. Підготував 10 кандидатів наук. Наукові інтереси пов'язані з удосконаленням методів лікування переломів щелеп, оперативним лікуванням незрощень верхньої губи і піднебіння, лікуванням доброякісних і злоякісних пухлин ротової порожнини.

Помер 21 січня 1972 р. на 59 році життя.

7 серпня – 75 років від дня народження **Ірини Гаврилівни Кордонець**. Народилася в с. Гребенів Львівської області. В 1963 р. закінчила лікувальний факультет Львівського медичного інституту. В 1963-1966 рр. працювала окулістом лікарні м. Дубно Рівненської області, в 1966-1968 рр. – клінічний ординатор кафедри очних хвороб, в 1968-1970 рр. – аспірант кафедри, в 1970-1972 рр. – науковий співробітник ЦНДЛ, в 1972-1975 рр. – старший лаборант кафедри очних хвороб. В 1972 р. захистила кандидатську дисертацію. В 1975-1987 рр. – асистент кафедри, в 1987-1997 рр. – доцент кафедри, в 1997-2003 рр. – завідувач кафедри, з 2003 р. доцент кафедри очних хвороб.

Автор (співавтор) понад 100 наукових і навчально-методичних праць. Підготувала 1 кандидата наук. Наукові дослідження пов'язані з удосконаленням медикаментозної терапії постопераційних геморагій, діагностикою та лікуванням офтальмохламідіозу, синдрому “сухого” ока, ерозій та виразок рогівки, кон'юнктивітів.

8 серпня – 55 років від дня народження **Олега Перетяки** – українського лікаря, громадського діяча. Народився в с.м.т. Станично-Луганське Луганської області. В 1981 р. закінчив Військово-медичну академію в Ленінграді, а в 2003 р. – Східноукраїнський

національний університет. В 1981-1991 рр. проходив медичну службу в ВМФ, в 1992-1996 рр. – працював головним лікарем МСУ ВАТ “Стаханівській вагонобудівний завод”, в 1997-2000 рр. начальник відділу кадрів Управління охорони здоров'я Луганської ОДА, в 2000-2002 р. – директор Луганських обласних курсів підвищення кваліфікації середніх медичних та фармацевтичних працівників. В 2002-2003 рр. – безробітний. Захистив кандидатську дисертацію, в 2004-2005 рр. працював доцентом Міжрегіональної академії управління персоналом та Луганського національного педагогічного університету (2004-2005). Автор понад 50 наукових праць та 100 газетних статей. За громадську діяльність у 2002-2004 рр. зазнав тиску з боку регіональної влади. Активний учасник Помаранчевої революції.

9 серпня – 115 років від дня народження **Василя Стефурака** – українського лікаря. Народився в с.Соколівці (Станіславівщина). Під час I світової війни служив у австрійській армії. Після війни вступив до медичного факультету Віденського університету, який закінчив у 1929 р. Нострифікував диплом в Познанському університеті і в 1931 р. відкрив приватну практику в Косові. Під час II світової війни лікував поранених вояків УПА. Після війни працював лікарем у таборі для переміщених осіб у Зальцбурзі. В 1950 р. емігрував до США. В Чикаго нострифікував диплом і розпочав приватну практику. Був співзасновником УЛТПА в Чикаго, довголітнім членом його управи. Працював у редколегії квартальника “Гуцулія”, був співдиректором двотижневика “Українське життя” в Чикаго, спонсором церковних, громадських заходів, меценатом НТШ, українських студій Гарварду, виділивши для цих проектів 100 тис. доларів. Помер 1 квітня 1978 р. на 80 році життя.

9 серпня – 70 років від дня народження **Олега Зіновійовича Гнатейка** – українського лікаря, вченого. Народився у Львові. В 1966 р. закінчив педіатричний факультет Львівського медінституту. В 1966-1968 рр. працював лікарем-педіатром Львівської міської поліклініки. В 1968-1970 рр. – молодший науковий співпрацівник Львівського НДІ педіатрії, акушерства, гінекології, в 1970-1973 рр. – аспірант, в 1973-1980 рр. – асистент кафедри шпитальної педіатрії. В 1974 р. захистив кандидатську дисертацію. Від 1980 р. – директор Інституту спадкової патології АМН УРСР, в 1982 р. – старший науковий співробітник. З 1985 р. – головний спеціаліст з медичної генетики МОЗ УРСР, з 1990 р. – завідувач кафедри пропедевтики дитячих хвороб Львівського медичного інституту. В 1992 р. отримав вчене звання професора, в 1993 р. захистив докторську дисертацію. В 1997 р. обраний академіком АН ВШ України, став лауреатом Державної премії України. В 1998 р. присвоєно почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки України”. В 2008 р. присвоєно звання Заслуженого професора ЛНМУ.

О.З. Гнатейко є автором (співавтором) понад 400 наукових праць, 3 авторських свідоцтв. Підготував 24 кандидатів, 4 докторів наук. Наукові дослідження пов'язані з вивченням вродженої та спадкової патології, допологової діагностики вроджених та спадкових захворювань, дитячої нефрології, методів діагностики та лікування.

10 серпня – 145 років від дня народження **Іпполіта Левицького** – українського лікаря. Навчався на медичному факультеті Віденського університету. Був лікарем в австрійській армії. Під час Визвольних змагань – полковий лікар УГА, головний лікар Стрийської військової округи, санітарний лікар 3 корпусу УГА. З 1926 р. – член УЛТ.

Працював лікарем в Стрию. Активний учасник “Просвіти”. Помер 10 січня 1948 р. в Стрию на 80 році життя.

15 серпня – 105 років від дня народження **Бориса Яковича Креймера** – українського вченого, біолога-фізіолога. Народився в Городку Хмельницької області. В 1934 р. закінчив Київський ветеринарний інститут, а в 1938 р. – аспірантуру. У 1934-1941 рр. – асистент кафедри нормальної фізіології Київського ветеринарного інституту. В 1944 р. захистив кандидатську дисертацію. В 1941-1945 рр. перебував у діючій армії, потім у резерві Приморського військового округу (1946), в 1946-1947 рр. асистент, в 1947-1948 рр. – доцент, в 1948-1950 рр. – завідувач кафедри фізіології Львівського ветеринарного інституту, в 1951-1958 рр. – доцент, в 1958-1960 рр. – завідувач кафедри зоології Львівського педагогічного інституту, в 1960-1976 рр. – доцент кафедри фізіології людини і тварин Львівського університету. Наукові інтереси пов’язані з дослідженням впливу вегетативної нервової системи на лімфоутворення та лімфовиділення, взаємовідношень між секреторною та екскреторною функціями шлунка, впливу рентгенівського опромінення на органи травної системи. Автор близько 35 наукових праць. Помер 25 квітня 1980 р. на 72 році життя.

19 серпня – 95 років від дня народження **Анфіси Іванівни Бикової**. Народилася в с. Речка (Росія). В 1940 р. закінчила медичний факультет Іркутського медичного інституту. В 1940-1944 рр. – аспірант кафедри очних хвороб Іркутського медичного інституту. В 1944-1945 рр. – керівник клініки очних хвороб, в 1945-1953 рр. – асистент кафедри офтальмології Львівського медичного інституту. В 1951 р. захистила кандидатську дисертацію. В 1953 р. отримала вчене звання доцент. В 1953-1968 р. – доцент кафедри. В 1968 р. захистила докторську дисертацію. Переїхала в Полтаву. В 1968-1973 рр. – завідувач кафедри очних хвороб Полтавського медичного стоматологічного інституту. В 1969 р. отримала звання професора. Наукові дослідження пов’язані з методами ранньої діагностики токсикозів вагітних за допомогою офтальмоскопічної діагностики сітківки (першою у Львові започаткувала операції з цього захворювання), провела обстеження гірників Львівсько-Волинського вугільного басейну. Померла 30 липня 1973 р. на 55 році життя.

22 серпня – 115 років від дня народження **Степана Кривокульського** – українського лікаря. Народився в м. Угневі на Львівщині. Упродовж 1916-1918 рр. – служба в австрійській армії, згодом – санітарний чотар УГА. Знаходився у полоні в таборі Ланцута. Вивчав медицину в Українському (таємному) університеті, продовжував у Краківському університеті, а закінчив у Львівському університеті в 1931 р. В 1923 р. став членом УЛТ. Спеціалізувався зі стоматології. У 1939-1944 р. працював стоматологом у Львові. Після смерті М. Панчишина опікувався його сім’єю. Вийшов до Зальцбурга, де працював дентистом при УПРРА-ІРО. В 1950 р. емігрував до США. Після нострифікації диплому працював лікарем шпиталю Джексон Парк. В 1965 р. вийшов на пенсію. Помер 1 квітня 1969 р. на 71 році життя.

22 серпня – 110 років від дня народження **Матвія Лотовича** – українського лікаря, учасника повстанського руху. Народився в с. Ходорівка на Тернопільщині. Вступив на медичний факультет Варшавського університету, а закінчив навчання у Львівському університеті у 1932 р. Працював у Новому Милятині Львівської Обл. Член УЛТ з 1933 р. В 1936-1940 рр. – завідувач відділу охорони здоров’я в Кам’янці-Струмиловій. З

1945 по 1948 рік працював у Львівському медичному інституті на кафедрі шпитальної терапії. Організував медичну службу УПА, був головним лікарем Проводу УПА, особистим лікарем Р. Шухевича та його родини. В 1948 р. захистив кандидатську дисертацію. В цьому ж році заарештований органами НКВС, засуджений та висланий у Сибір (м. Тайшет). Загинув у концтаборі 9 вересня 1953 р. на 51 році життя.

23 серпня – 95 років від дня народження **Володимира Васильовича Мєрєнова**. Народився в м. Петровськ Саратовської області (Росія). В 1941 р. закінчив медичний факультет 2-го Московського медичного інституту. В 1941-1946 рр. – лікар діючої армії, в 1946-1961 рр. – завідувач кабінету променевої діагностики, науковий співробітник Львівського НДІ переливання крові, за сумісництвом рентгенолог 5-ї лікарні м. Львова (1950-1951). В 1951-1953 рр. – асистент кафедри рентгенології і радіології, в 1966-1972 рр. – завідувач кафедри рентгенології і радіології, в 1972-1985 рр. – доцент кафедри рентгенології і радіології Львівського медичного інституту. В 1961 р. захистив кандидатську дисертацію, в 1968 р. отримав вчене звання доцента. Автор близько 20 наукових і навчально-методичних праць. Підготував 1 кандидата наук.

Наукові дослідження пов'язані з проблемами променевої діагностики патології органів шлунково-кишкового тракту, патогенезу, клініки та лікування променевої хвороби. Помер в 1993 р. на 75 році життя.

23 серпня – 70 років від дня народження **Ореста Лаврентійовича Грома** – українського фармацевта, вченого. Народився в с. Доброводи Тернопільської обл. В 1965 р. закінчив фармацевтичний факультет Львівського медичного інституту. В 1965-1967 рр. працював викладачем Коломийського фармацевтичного училища, в 1967-1970 рр. – аспірант кафедри фармацевтичної хімії, в 1970-1977 рр. – асистент кафедри. В 1979 р. захистив кандидатську дисертацію, в 1977-1983 рр. – доцент кафедри. Від 1983 р. – завідувач кафедри організації та економіки фармації Львівського медичного інституту. В 2000 р. отримав звання професора.

Наукові дослідження пов'язані з обґрунтуванням рекомендацій для оптимізації медикаментозного забезпечення населення та реорганізації фармацевтичної служби України. Автор близько 300 наукових і навчально-методичних праць, в тому числі монографії, підручника, навчального посібника, словників, авторського свідоцтва на винахід. Помер О.Л. Гром у 2012 р. на 69 році життя.

23 серпня – 65 років від дня народження **Романа Ярославовича Дутки** – українського лікаря, вченого. Народився в с. Баличі Мостиського району Львівської області в селянській родині. Закінчив СШ в Мостиськах в 1966 р. і поступив на лікувальний факультет ЛДМІ, який закінчив у 1972 р. Працював завідувачем амбулаторії с. Година Львівської області (1972-1978), завідувачем терапевтичного відділення Мостиської ЦРЛ (1978-1980), завідувачем терапевтичного відділення 4-ї Львівської МКЛ (1980-1982), асистентом кафедри шпитальної терапії (1982-1988), завідувачем кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб / пропедевтики внутрішньої медицини №1 (від 1988), деканом педіатричного факультету (1993-1996), проректором з лікувальної роботи ЛДМУ (1998-2006).

В 1991 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Сердечно-сосудистые нарушения при хроническом тонзиллите: вопросы патогенеза, клиники, лечения и профилактики”.

Автор понад 200 наукових і навчально-методичних праць, в тому числі 4 авторських свідоцтв та патентів України, 2 перевидань підручника, монографії. Підготував 7 кандидатів наук. Член Головної управи УЛТ у Львові з 1998 р., член лікувально-профілактичної комісії.

25 серпня – 85 років від дня народження **Ярослави-Ольги Якименко** – українського лікаря, громадської діячки. Народилася в Болехові (Івано-Франківщина). Навчалася в Болехівській школі та Стрийській гімназії, яку закінчила у 1946 р., і вступила на лікувальний факультет Львівського медичного інституту. В 1950 р. її заарештували і заслали в Хабаровський край. Працювала на примусових роботах на лісоповалі. Згодом дозволили працювати медсестрою та фельдшером в місцевих лікарнях. Після звільнення продовжила навчання в Хабаровському медінституті, який закінчила в 1953 р. Працювала дільничним лікарем, фтизіатром, інфекціоністом, терапевтом. В 1967 р. їй вдалося повернутися в Болехів, працювала лікарем-педіатром та інфекціоністом. Брала активну участь в громадському житті: “член Братства ОУН-УПА, “Меморіалу”, Союзу Українок, “Просвіти”.

26 серпня – 75 років від дня народження **Омеляна Антонійовича Гойди** – українського вченого, біолога-фізіолога. Народився в с. Брід Іршавського району Закарпатської області. В 1961 р. закінчив з відзнакою біологічний факультет Львівського університету. У 1961-1964 рр. вчителював. В 1964-1965 рр. стажувався на кафедрі біофізики Московського університету. В 1967 р. закінчив аспірантуру. В 1968 р. захистив кандидатську дисертацію, в 1967-1969 рр. – асистент кафедри теоретичної фізики. В 1969-1970 рр. – доцент кафедри біофізики Донецького університету, в 1970-1973 рр. – молодший науковий співробітник, в 1970-1972 рр. – викладач біологічного факультету, в 1973-1986 рр. – старший науковий співробітник, в 1986-1992 рр. – завідувач лабораторії біофізики клініки Львівського відділення інституту біохімії, в 1992-1996 рр. – завідувач кафедри біофізики та математичних методів у біології Львівського університету. Наукові інтереси пов'язані з біофізикою та біохімією клітинних процесів раннього ембріогенезу. Автор (співавтор) близько 155 наукових праць, 2 винаходів, патенту України. Голова спеціалізованої ради з захисту кандидатських дисертацій (1995-1996), організатор і голова Львівського відділення Українського біофізичного товариства (1993-1996), член НТШ, один із засновників Клубу ім. Г. Сковороди при Львівському університеті та його віце-президент (1993-1996), член Спілки народних митців при Спілці художників України, майстер народної творчості (1975). Помер 10 жовтня 1996 р. на 59 році життя.

27 серпня – 135 років від дня народження **Сергія Петровича Григор'єва**. Народився в Харкові. В 1901 р. закінчив медичний факультет Харківського університету. У 1902 р. почав працювати в рентгенівському кабінеті Харківської міської лікарні. Провів дослідження з клінічної рентгенології, у 1912 р. запропонував методику дослідження нирок на спеціально сконструйованому столі, ввів у практику багатоосьове дослідження. Вперше дослідив рентгенологічну семіотику хронічного апендициту. За проектом С.П. Григор'єва в 1920 р. була організована Всеукраїнська рентгенівська академія (з 1956 р. – Харківський НДІ медичної радіології). Помер 28 жовтня 1920 р. на 43 році життя.

27 серпня – 50 років від дня народження **Тетяни Миколаївни Соломенчук** – української лікарки, вченої. Народилася в м. Калинівка Вінницької області. Закінчила в 1986 р. лікувальний факультет Івано-Франківського медичного інституту. В 1987-1996 рр. працювала молодшим науковим співробітником кафедри патологічної анатомії Львівського медичного інституту, одночасно – завідувачем відділення профілактичних оглядів, лікарем-кардіологом поліклінічного відділення денного стаціонару ВО ЛОРТА, в 1997-2000 рр. – лікар-кардіолог поліклінічного відділення 5-ї міської клінічної лікарні, в 2000-2006 рр. – асистент кафедри сімейної медицини, від 2006 р. – доцент кафедри сімейної медицини ФПДО, за сумісництвом – асистент (2004-2006), доцент кафедри клінічної фармації, фармакології та медичної стандартизації Львівського медичного університету. В 1996 р. захистила кандидатську дисертацію, в 2006 р. отримала вчене звання доцента. В 2008 р. захистила докторську дисертацію Є членом Європейської асоціації кардіологів. Автор (співавтор) близько 200 наукових та навчально-методичних праць, в тому числі 3-х підручників, 5 посібників, 3 патентів, 1 авторського свідоцтва.

Наукові дослідження пов'язані з проблемою гострої серцевої недостатності.

30 серпня – 150 років від дня народження **Олександра Юхимовича Щербака** – українського лікаря та вченого. Народився в м. Ніжин Чернігівської губернії. Середню освіту отримав у класичній гімназії, яку закінчив із золотою медаллю у 1881 р. Вступив до Київського університету, але через деякий час перевівся на 3-й курс Санкт-Петербурзької військово-медичної академії, яку закінчив у 1887 р. Був нагороджений премією ім. Пальцева і залишений в клініці психіатрії і нервових хвороб (зав. – проф. І.П. Мержеєвський). У 1890 р. захистив дисертацію на ступінь доктора медицини і відряджений до Європи (1891-1894): працював у Парижі, в Німеччині. В 1894 р. обраний приват-доцентом Військово-медичної академії і одночасно професором Варшавського університету по кафедрі нервових і душевних хвороб. В 1897 р. став ординарним професором.

У 1911 р. О.Ю. Щербак за станом свого здоров'я поселився в Севатополі, де в 1914 р. очолив Романовський інститут фізичних методів лікування (сьогодні Кримський НДІ фізичних методів лікування і медичної кліматології ім. І.М. Сеченова у Ялті. Цим інститутом він керував упродовж 20 років до самої смерті.

О.Ю. Щербак – автор понад 150 наукових праць з питань нейрофізіології, невропатології, курортології, фізіотерапії. Помер 23 квітня 1934 р. на 71 році життя.

30 серпня – 65 років від дня народження **Леоніда Олександровича Дубницького** – українського вченого, біолога-фізіолога. Народився в с. Коритниця Володимир-Волинського району Волинської області. У 1972 р. закінчив біологічний факультет Львівського університету. В 1972-1973 рр. працював молодшим науковим співробітником Львівського відділення Українського НДІ рибного господарства, в 1974-1979 рр. – інженер, ст. інженер проблемної лабораторії радіаційної та фізико-хімічної біохімії, в 1980-1990 рр. – асистент кафедри фізіології людини та тварин, в 1990-2007 рр. – доцент кафедри, в 2007-2008 рр. – професор кафедри фізіології людини та тварин. В 1990-1995 рр. – заступник декана біологічного факультету Львівського університету. В 1985 р. захистив кандидатську дисертацію, в 2006 р. – захистив докторську дисертацію. Наукові інтереси пов'язані з властивостями та механізмами функціонування енергозалежних Ca^{2+} транспортних систем

секреторних клітин екзокринних залоз. Автор (співавтор) 95 праць. Був членом Українського фізіологічного, біохімічного, біофізичного товариств. Помер 2 травня 2008 р. на 60 році життя.

31 серпня – 120 років від дня народження **Михайла Павловича Нікотіна**. Народився в м. Вишній Волочок (Росія). В 1917 р. закінчив медичний факультет Московського університету. В 1917-1921 рр. – хірург діючої армії, в 1921-1922рр. та 1924-1926 рр. – завідувач хірургічного відділу, головний лікар військового шпиталю м Мінська, в 1922-1924 рр. – ординатор хірургічної клініки Петроградської військово-медичної академії, в 1927-1941 рр. – завідувач хірургічного та урологічного відділень Брянської лікарні, в 1941-1946 рр. – завідувач хірургічних відділень фронтових шпиталів, в 1946-1953 рр. – науковий співробітник Львівського НДІ гематології і переливання крові, в 1953-1960 рр. – доцент кафедри шпитальної хірургії, з 1960 р. – професор кафедри шпитальної хірургії Львівського медичного інституту.

В 1948 р. захистив кандидатську дисертацію. В 1953р. отримав звання доцента і захистив докторську дисертацію. В 1960 р. отримав вчене звання професора.

Наукові дослідження пов'язані з проблемами військово-польової хірургії, зокрема, з діагностикою, клінікою вогнепальної поранень та аневризм магістральних судин. Під час роботи в ЛДМІ автор близько 20 наукових робіт, в тому числі 2 монографій. Вийшов на пенсію. Подальша доля невідома.

31 серпня – 90 років від дня народження **Марти Полянської-Лех** – українського лікаря. Народилася у Львові, середню освіту отримала в Українській академічній гімназії у Львові в 1941 р. Під час війни 1941-1945 рр. працювала добровольцем при Українському Червоному Хресті та навчалася на медичних фахових курсах у Львові, працювала в “Пласті” та Жіночій службі України. Виїхала через Краків на Відень до Баварії і продовжила навчання на медичному факультеті Мюнхенському університету. В 1948 р. виїхала до Аргентини і закінчила медичний факультет університету Буенос-Айресу. Спеціалізувалася з психотерапії, працювала асистентом кафедри психіатрії Державного університету – згодом стала професором. Організатор лікарської секції при Українському товаристві працівників вищих шкіл, читала лекції в Українському католицькому університеті в Буенос-Айресі. Учасниця III конгресу СФУЛТ у Києві та Львові. Померла 11 липня 1997 р. на 74 р. в Лос-Анжелесі.

31 серпня – 80 років від дня народження **Лідії Романівни Криштальської** – української лікарки, хірурга, громадської діячки Народилася у Львові, в сім'ї галицьких інтелігентів: мати – відомий лікар-рентгенолог. Під час II світової війни навчалася в 1-й Українській академічній гімназії, яку закінчила в 1949 р. Вступила на лікувальний факультет Львівського медичного інституту, який закінчила в 1955 р. Працювала лікарем-хірургом в Самбірській ЦРЛ, а потім в 1-му хірургічному відділенні ЛОКЛ. В 1966 р. працювала асистентом, а з 1990 р. до виходу на пенсію була доцентом кафедри шпитальної хірургії Львівського медичного інституту. Після виходу на пенсію почала працювати ординатором I хірургічного відділення ЛОКЛ. Автор (співавтор) понад 90 наукових праць, в тому числі монографії “Комплексне лікування хворих гнійними процесами”. Член Головної управи УЛТ (1994-1998), нагороджена Почесною грамотою УЛТ у Львові (1993), в 2002 р.

нагороджена Грамотою від Любомира Гузара – за відродження шпиталю ім. Митрополита Андрея Шептицького “Народна лікарня”.

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: [Максимьонько Леонтій]. – С.138-139.
2. Готь І. Коваль Олександр Васильович / І. Готь // 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. 152.
3. Абашина Н. Кордонець Ірина Гаврилівна / Н. Абашина // 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. 158.
4. 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: [Перетяка Олег]. – С.154.
5. 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: [Стефурак Василь]. – С.223-224.
6. Коржинський Ю. Гнатейко Олег Зіновійович / Ю. Коржинський // 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. 71-72.
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: [Левицький Іпполіт]. – С.122.
8. Старостюк Г. Креймер Борис Якович / Г. Старостюк, М. Гальків // Encyclopedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т.І.: А – К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 669.
9. Гудзь А. Бикова Анфіса Іванівна / А. Гудзь, 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. 22-23.
10. 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: [Кривокульський Степан]. – С. 111-112.
11. 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: [Лотович Матвій]. – С. 131.
12. Дац. І. Меренов Владімір Васильєвіч / І. Дац // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 219.
 13. Ярко Н. Гром Орест Лаврентійович / Н. Ярко // 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. 79-80.
 14. Абрагамович О. Дутка Роман Ярославович / О. Абрагамович // 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. 112-113.
 15. 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: [Якимечко Ярослава-Ольга]. – С. 225-226.
 16. Гумецький Р. Гойда Омелян Антонійович / Р. Гумецький, М. Чабан // Encyclopaedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т.І.: А – К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 356-357.
 17. Сергій Григор'єв [Електронний ресурс]: Українці в світі: [веб-портал] – Режим доступу: www.ukrainians-world.org.ua
 18. Кияк Ю. Соломенчук Тетяна Миколаївна / Ю. Кияк, В. Скибчик // 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. 310.
 19. Олександр Щербак [Електронний ресурс]: Українці в світі: [веб-портал] – Режим доступу: www.ukrainians-world.org.ua
 20. Чайка Я. Дубицький Леонід Олександрович / Я. Чайка // Encyclopaedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т.І.: А – К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 484.
 21. Павловський М. Нікотін Міхаїл Павлович / М. Павловський // 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. 235.
 22. Генік С. Полянська-Лех Марта / С. Генік // 150 видатних українок. – Івано-Франківськ: Лілея-НВ, 2003. – С. 153.
 23. Гоцко-Ней Л.-І. Українське лікарське товариство у Львові: 1910-1939 – 1990-2010 / Л.-І. Гоцко-Ней. – Львів: Афіша, 2010. – 272 с. – Зі змісту: [Криштальська Лідія]. – С. 207-208.

**Ю.М. ПАНИШКО, А.Л.ВАСИЛЬЧУК,
О.М. ЦИМБАЛА**

ПАМ'ЯТІ МАМЕДА АШУМОВИЧА ДЖАФАРОВА

19 липня 2013 року надійшла сумна звістка: помер Мамед Ашумович Джафаров – останній “з могікан” радянської спортивної педагогічної школи. Доля відпустила йому 89 років і 4 місяці життя, яке було цікавим і насичене важливими подіями. Сотні людей, які прийшли 22 липня 2013 р. провести його в останню дорогу є свідченням неординарності цієї людини.



Він народився 18 березня 1924 р. в м. Баку. В шкільні роки Мамед добре вчився, захоплювався плаванням, гімнастикою і згодом став відомим спортсменом школи. В 1937 р. вступив в дитячу секцію плавання СТ “Динамо”, членом якого був 75 років. В 1939 р. Мамед, будучи одним з перспективних плавців Азербайджану, брав участь у Всесоюзних дитячо-юнацьких змаганнях з плавання у Москві, Тбілісі. В 1941 р. закінчив СШ №89 і в серпні 1941 р. поступив в Азербайджанський державний медичний інститут.

В інституті Мамед навчався успішно. Тут проявилися творчі здібності і на IV курсі на запрошення завідувача кафедри анатомії, декана факультету, професора К.А. Балакішієва був залучений до викладацької роботи з анатомії (1944-1946) зі студентами I курсу. В травні 1946 р. завершив навчання в інституті і був залишений на посаді асистента. Успіхи у спорті, знання лікаря, особливо, в галузі анатомії та біомеханіки привернули до нього увагу керівництва Спорткомітету і Мамеду Ашумовичу запропонували переїхати до Львова, де в червні 1946 р. згідно Постанови Ради Міністрів УРСР створено Львівський державний інститут фізичної культури. За наказом №18 від 27 липня 1946 р. Мамед Ашумович Джафаров став асистентом кафедри анатомії ЛДІФК, в якому судилося пропрацювати 46 років. Кафедра анатомії прославилася тим, що на ній майже одночасно працювали 3 професори: Отелін Олександр Анатолійович (1904-1986) в 1945 р. скерований на роботу в ЛДІФК; Любомудров Андрій Павлович (1895-1972), який з 5.07.1947 р. по 1.09.1948 р. був завідувачем кафедри анатомії; О.А. Отелін – завідувач кафедри з 1.09.1948 р. по 1.08.1949 р.; Михайло Костянтинівич Замятін (1895-?) завідувач кафедри з 1.09.1949 р. по 1.08.1950 р. З 1.09.1950 р. по 1.08.1956 р. кафедрою завідувала кандидат медичних наук, доцент Серафима Іллівна Мисник (1907-?). До 1960 р. обов'язки завідувача кафедри виконував М.К. Замятін. Ось в такому оточенні Мамеду Ашумовичу Джафарову прийшлося розпочинати свою діяльність.

Для того, щоб зрозуміти феномен М.А. Джафарова, треба уважно подивитися на якості, якими його нагородила Доля. В цьому нам допомагає нумерологічний гороскоп:

Характеристика дати народження: 18 березня: “Впливає планета Сатурн, 28⁰ Риб. Сфера протекції. Багато обдарована натура, успіх в дипломатії. Повне задоволення основних потреб людини. Бажання присвятити своє життя служінню суспільству”. Число народження: 18: “Людина авторитарного плану, що не терпить тиску. Володіє великою силою переконання. Любить працювати в самотності.

В дружбі такі люди вибіркові: їх цікавлять рівні за силою характеру особистості, до слабких та неенергетичних осіб відносяться з легким презирством. Діти “Сатурна” мають велике шанобство, досягають великих успіхів у кар’єрі та громадській діяльності. Спроби приборкати таких людей нашкоджуються на рішучий опір. М.А. Джафаров – людина цілеспрямована, вольова, може пристосуватися до будь-яких перемін в житті, самооцінка такої людини децю завищена, зовнішня сторона життя переважає внутрішню, людина талановита.

Характер стійкий. Може з усіма знайти спільну мову. Але не переносить тиску: з комунікабельної людини перетворюється на свою протилежність.

Біоенергетично є ознаки екстрасенса, які проявляються в неочікуваних умовах. Енергетика нестабільна, часті перепади настрою. Багато різних інтересів. Здоров’я від народження є. Часто така людина сумнівається, перш ніж прийняти рішення. Фізичною працею займається по настрою. В житті часто нелегко, багато помилок. Наявність “888” – роблять таку людину володарем великого почуття відповідальності не лише за себе та рідних, але й за долю Батьківщини. (Т.П. Поленова. Нумерологія. Тайная мудрость чисел. – Ростов-н/Д: Феникс, 2006. – 250 с.).

В 1947 р. М.А. Джафаров зробив першу наукову доповідь, а в 1952 р. з’явилася перша публікація наукової роботи. Одночасно М.А. Джафаров навчався заочно в Київському державному інституті фізичної культури (1951-1956). В 1953-1954 рр. – в річній аспірантурі Державного центрального інституту фізичної культури в Москві. В 1954 р. захистив кандидатську дисертацію В 1957 р. отримав вчене звання доцента. В 1968 р. захистив докторську дисертацію, а в 1969 р. отримав вчене звання професора. В 1960-1991 рр. – завідувач кафедри анатомії та біомеханіки. З 1992 р. професор кафедри анатомії. На кафедрі працював потужній колектив викладачів, які згодом стали доцентами: О. Новицький, В. Стеник, Б. Кутневич, А. Копейкіна, Л. Бабенко, В. Столяров, Б.Онопрієнко, І.Заневській, С. Волжанін, А. Васильчук, О. Рибак.

А.М. Джафаров був автором (співавтором) 130 наукових праць, серед яких навчальні програми для інститутів фізкультури, глави в підручниках з анатомії для інститутів фізичної культури (1978) і технікумів (1977, 1984), рецензії на підручники, методичні розробки, статті в журналах та тези наукових робіт, 4 авторські свідоцтва на винаходи. Він був автором тренажерів електромеханічних моделей для програмованого навчання студентів, спортсменів, тренерів. Його наукові матеріали включені в підручники з анатомії, біомеханіки, лікувальної фізкультури, лікарського контролю. Роботи надруковані російською, англійською, німецькою та українською мовами. Джафаров М.А. був редактором відділу “Анатомія” Великої медичної енциклопедії (29 томів), членом Вищої Атестаційної комісії МВССО СРСР. Він багато років працював у Предметних комісіях з анатомії та біомеханіки при Спорткомітетах СРСР та УРСР. Багаторазово призначався Головою Державних екзаменаційних комісій (Київ, Баку, Москва), експертних комісій, двічі призначався керівником наукових делегацій СРСР (Лейпціг, Софія).

Мамед Ашумович був провідним спеціалістом зі спортивної анатомії та біомеханіки. На кафедру приїжджали на стажування викладачі з інших навчальних закладів країни. За планом спорткомітету СРСР він щорічно читав лекції викладачам на ФПК (Москва) та в деяких інститутах фізичної культури СРСР.

Проф. М.А. Джафаров надавав науково-методичну допомогу тренерам, деяким командам СРСР та УРСР. Перед ХХІV Олімпійськими іграми упродовж 5 років був членом КНГ збірної команди СРСР зі стрільби з лука.

На базі кафедри анатомії та біомеханіки ЛДІФК були проведені засідання секцій анатомії та біомеханіки Української республіканської конференції (1970) та XII Всесоюзної наукової конференції з фізіології, морфології, біомеханіки та біохімії м'язової діяльності (1972)

Засвідчена і гідна громадянська позиція М.А. Джафарова в часи перебудови країни, під час проголошення Незалежності України, яка була підтримана Головою Львівської обласної ради народних депутатів В.М. Чорноволом та Головою Львівської міської ради В.І. Шпіцером.

Діяльність вченого, педагога, громадянина України М.А. Джафарова відзначена 11-ма урядовими нагородами, 4-ма Почесними грамотами Спорткомітету СРСР, 3-ма Почесними грамотами Спорткомітету УРСР.

В 1992 р. Мамед Ашумович вийшов на заслужений відпочинок. У 1997 р. в Маріїнському палаці столиці України Президент Л.Д. Кучма особисто вручив М.А. Джафарову Диплом почесного звання “Заслужений працівник фізичної культури і спорту України” і нагрудний знак. В 1999 р. та 2003 р. розпорядженням Президента України М.А. Джафарову призначено Державну стипендію “як видатному діячеві в галузі фізичної культури і спорту” (з особистого листа Президента України Л.Д. Кучми).

23 травня 2008 р. в Посольстві Азербайджану в Україні Президенту Азербайджану Ільхаму Гейдаровичу Алієву представили львівську сім'ю Джафарових: Мамеда Ашумовича та Джаваір Мамедівну, додавши, що це єдина азербайджанська сім'я, де батько і донька удостоєні Почесних звань “Заслуженого працівника фізичної культури і спорту України” та “Заслуженого лікаря України”.

27 грудня 2011 р. Надзвичайний і Повноважний Посол Азербайджану в Україні Ейнула Мадатлі в урочистій обстановці в Львівській міській раді за участю керівництва Львова А. Садового, В.Косіва вручив нагрудний знак та Свідоцтво про присвоєння М.А. Джафарову Почесного звання “Заслужений діяч фізичної культури і спорту Азербайджанської Республіки”.

Наукова і педагогічна діяльність проф. Джафарова М.А. відображена у книгах: “Вітчизняна анатомія на етапах історії”, “Професори – морфологи України”, “Новітня історія України. Львівщина та львів'яни”, “Енциклопедія сучасної України”, “Філософські пошуки”, на сторінках збірника “Здоровий спосіб життя”, рецензентом і членом редакційної ради якого він був.

Своїми успіхами Мамед Ашумович завжди завдячував своїй сім'ї. Його дружина, Любов Вікторівна Гулідова-Джафарова з 1948 р. працювала старшим викладачем кафедри ЛФК і лікарського контролю ЛДІФК упродовж 36 років. Донька, Джаваір Мамедівна Джафарова народилася у Львові. Закінчила СШ №4 із золотою медаллю, потім Львівський державний медичний інститут з відзнакою. У 1999 р. закінчила Академію державного управління при Президентові України, в 2004 р. захистила кандидатську дисертацію. Працює головним лікарем 1-ї міської клінічної лікарні імені Князя Лева. В 1999 р. отримала Почесне звання “Заслужений лікар України”. Зять – Юрій Васильович Бісярін, кандидат медичних наук, доцент, відомий фахівець своєї справи. Онук – Олег Юрійович закінчив з відзнакою ЛНМУ, завідує міським центром ендоскопічної гінекології.

З 2011 р. Мамед Ашумович почав важко хворіти і в липні 2013 р. його не стало.

**Світла пам'ять про Мамеда Ашумовича Джафарова
залишається з Нами.**

ПАМ'ЯТІ ОЛЕКСАНДРА ДМИТРОВИЧА БУРКОВСЬКОГО



3 серпня 2013 р. йому виповнилося б 58 років

Він помер на 57-ому році життя від народження. Вік Авіценни. Тисячам врятованих ним людей цей дивний збіг не може здаватися випадковим...

Абревіатура ЛОДКЛДКЦ означає: Львівська обласна державна клінічна лікарня – Державний кардіологічний центр. Це велика медична установа, де за людське життя безупинно змагаються з серцевими недугами і невблаганним часом свідомі свого обов'язку медичні працівники. Тут існує спеціалізоване кардіохірургічне відділення, де долають загрозливу аритмію, коли єдиним порятунком для хворої людини стає водій серцевого ритму. Без цього мініатюрного електронного приладу серце працює або не так, як треба, або зупиняється назавжди. Донедавна так звану «другу кардіохірургію» в обласній лікарні очолював герой цього нарису.

Біографія людини – це не тривалість її життя, а кількість і зміст її земних діянь. Пам'ятаємо славетних, які прожили небагато років і не відійшли колись, а тріумфально увійшли у вічність. Пам'ятаємо й тих, з ким спілкувалися особисто, хто справляв феноменальне враження, кого серед нас, на жаль, тепер немає. До таких наших сучасників належав лікар, про якого тут йдеться.

Сама його постать символізує красу і єдність України. Уродженець села Дорошовка на Сумщині, він із золотою медаллю закінчив середню школу №3 у місті Бориславі на Львівщині. Потім було навчання на лікувальному факультеті тоді Львівського державного медичного інституту, стіни якого він покинув 1979 року абсолютним відмінником із червоним дипломом на руках. Це були золоті руки. Дивовижно – вчорашній студент відразу починає працювати серцево-судинним хірургом Львівської обласної клінічної лікарні.

Не медикові навіть важко собі уявити це поєднання – серце і скальпель. Не дуже багато й тих серед лікарів, молодих тим паче, хто відчуває себе готовим до такого служіння в медицині. Для Бурковського воно рано стало справжнім покликанням, гордістю і насолодою. За своєю натурою він був переможцем, вмів досягати висот. Швидко набувши неабиякого досвіду, він пересідає в літак і впродовж 1983-1989 років працює серцево-судинним хірургом авіаційно-санітарної служби тієї ж обласної лікарні. Це був не якийсь кар'єрний віраж, а прояв виняткової довіри до перспективного молодого колеги з боку усього його професійного оточення. Адже тепер незмірно підвищувався рівень відповідальності: треба було самостійно приймати складні рішення і працювати в умовах, далеких від комфорту обласного стаціонару. Очікування повністю виправдалися, все у нього виходило якнайкраще. І не дарма у 1989 році йому,

саме йому випадає честь очолити кардіохірургічне відділення № 2 обласної лікарні у Львові.

Коли звучить високе слово *талант*, його здебільшого пов'язують із даром у сфері мистецтва, а поза нею використовують у непрямому сенсі. У випадку з Олександром Бурковським таке переосмислення є неминучим. Людина мала справжній талант цілительства. Це був віртуоз хірургії, психолог з лагідною посмішкою на вустах і очима, що випромінювали розум. Спілкування з хворими завжди відбувалося у нього на хвилі миттєвого порозуміння і не потребувало довгих розмов. Не диво, що кожний з 10 тисяч врятованих ним пацієнтів пам'ятав про нього, подивляється, що він пам'ятав кожного, навіть пізнавав по голосу у телефонній трубці. Він імплантував і періодично міняв їм кардіостимулятори, шматочки активного заліза, яке повертало їх до життя. Тут буде доречним іще одне переосмислення: кардіохірург є майстром залізного здоров'я.

Головною пристрастю його життя була робота і пізнання нового. Він вчив і вчився сам. Іноземні фірми Intermedics, Ela medical, Vitatron, Medtronic забезпечили його сертифікатами на використання своїх складних систем. Він був автором десятків наукових публікацій й учасником багатьох наукових форумів. А найважливіше, Олександр Бурковський став одним із піонерів кардіохірургічної допомоги на заході України, зокрема впровадження тут планових оперативних втручань на коронарних судинах за міжнародною програмою «Коронари». Звісно, йому не бракувало й офіційних нагород. Указом Президента нашої держави за № 793 /2006 від 29 вересня 2006 року Олександрові Дмитровичу, єдиному у списку, було присвоєне почесне звання «Заслужений лікар України».

Його не стало після раптового серцевого нападу. Якось давно одна відома у минулому поетеса, говорячи про вірші, вжила формулу – *пульсуюча геометрія коронарних судин* (В. Інбер, «Анкета часу»). З цією геометрією, але чужих судин, постійно мав справу видатний кардіохірург. Подбати про стан власних судин він не поспішав. Його син Сергій, його учень, його соратник, розповів нам про смерть батька лаконічно і вражаюче.

Інфаркт стався зранку, в домі дочки Ірини, також лікаря. Викликали Сергія... На підлозі лежав непритомний Олександр Дмитрович, не дихав. Не вірячи у кінець, син почав робити посилений масаж серця. У важкій тиші одна за одною безнадійно збігали секунди і хвилини. Несподівано хворий підняв руку, мовчки торкнувся руки сина, обвів усіх ніжним поглядом, ледь всміхнувся і відійшов у вічність. У приватному житті найбільшою святинею для нього була сім'я. Все усвідомлюючи, він і у цій фатальній ситуації намагався нікого не засмутити!

Ні, не дарма один із французьких філософів XVIII століття стверджував: «Усі жаліються на нетривалість і швидкоплинність часу, а між тим більшість людей не знає, що робити з часом і життям» (П.А. Гольбах, «Система природи»).

Незабутній Олександр Дмитрович Бурковський – знав ... Тому його й пам'ятатимуть на рідній українській землі.

Ю.М. ПАНИШКО, Л.С. МЕТЕЛЬСЬКА
МИХАЙЛО ВАСИЛЬОВИЧ ДАНИЛЕНКО

До 95-річчя від дня народження



Він пережив багатьох своїх вчителів, деяких соратників та навіть учнів. Доля відпустила йому 84 роки, 2 місяці і 1 тиждень життя, з яких понад 60 років він присвятив медицині. На його життєвій дорозі було багато випробовувань та спокус, більшість з яких він з честю витримав. Його життєвий шлях був важким: сирота в 3 роки (під час Громадянської війни), дитинство проведене у далеких родичів та в дитячих будинках, важка праця в підлітковому віці, навчання на робфаці, невдала спроба обрати технічний фах і лише в 20-річному віці (1938 р.) обирає медицину: вступає в медичний інституту в Ростові-на-Дону. Чому вирішив присвятити своє життя медицині? Можливо бачив багато людських страждань, хвороб, смертей.

Розгадку стараємось знайти в нумерологічному та астрологічному гороскопі Михайла Васильовича.

Дата народження 10 серпня. Впливає Місяць 18⁰ Лева. Сфера витлумачення. Винахідливість, дослідницький дух, схильність до медицини, працелюбство. Практичне застосування принципів у повсякденному житті. Дослідження прихованих процесів природи, коли людський розум відчуває тремтіння відкриття. Ці люди дуже пунктуальні, ніколи не запізнюються і вимагають того ж від інших. Представники обох статей виділяються серед інших правильною мовою. Наявність чотирьох "8" в гороскопі зобов'язує людину служити вибраній меті все своє життя. Кармічні борги можуть приборкати власне "Я", а надмірне почуття відповідальності може змусити взятися за надсильну справу.

Число народження 10: Така людина може досягнути високого становища, робить великі ставки на досягнення успіху, але не боїться втрат. "Десятки" – люди щирі. Добрі друзі, їх лідерська натура чекає визнання, захоплення, любить працювати самостійно. Характер сильний, вольовий, такі люди часто стають керівниками або військовими. Цілеспрямовані, енергійні. Люблять похвалу, але не терплять підлабузництва. Достатньо біоенергії. Найвідповідальніша сфера застосування позитивних якостей такої людини – це медицина(!).

Як точно схоплено. Ці риси характеру Михайла Васильовича з часом підтвердять вчені. Стає зрозумілим, що "зірки" не лише натякають, але конкретно зобов'язують виконувати космічну програму.

Як вирішив М.В. Даниленко свої космічні зобов'язання?

В медичному інституті доля вперше посміхнулася йому. Керівником студентського наукового гуртка був Микола Олексійович Богораз (1874-1952) – видатний радянський хірург, який в 1918-1941 рр. завідував кафедрою шпитальної хірургії Ростовського-на-Дону медінституті. М.О. Богораз був людиною великої особистої мужності. Втративши в 1920 р. обидві ноги, проявив величезну волю і повернувся до операційного столу, щоб віддати свої сили на службу народу.

На 3-му курсі студент Михайло Даниленко з дозволу М.О. Богораза зробив першу самостійну операцію – апендектомію. В 1941 р. М.В. Даниленко перевівся на військовий факультет Харківського медінституту, який евакуювався в м. Саратов. У грудні 1941 р. достроково завершив навчання і був скерований на фронт. Військовий лікар 3-го рангу у 1942 р. під Старою Русою зробив свою самостійну операцію – резекцію кишківника після поранення вояка в черевну порожнину. Нескінчені бої на 4 фронтах і нескінчені операції: понад 7 тисяч врятованих вояків. Друга Світова війна для майора медслужби М.В. Даниленка завершилася в Східній Пруссії. Він нагороджений орденом Червоної Зірки (1943), Вітчизняної війни II ст. (1944), медалями. Після війни жив у Вінниці, на батьківщині дружини, Олени Трохимівни. Вже у 1946 р. М.В. Даниленко – начальник управління госпіталів Вінницького облздороввідділу і одночасно – клінічний ординатор кафедри факультетської хірургії Вінницького медичного інституту імені М.І. Пирогова. З 1947 р. М.В. Даниленко – головний лікар Вінницької обласної лікарні. Доля вдруге посміхнулася йому. Він знайомиться з Іваном Яковичем Дейнекою (1904-1970), видатним українським хірургом, заслуженим діячем науки УРСР (1957), ректором Вінницького медичного інституту та його дружиною Катериною Данилівною Двужильною (1913-?), завідувачем кафедри топографічної анатомії та оперативної хірургії Вінницького медичного університету ім. М.І. Пирогова (1944-1951), професором (1953) Одеського медичного інституту ім. М.І. Пирогова, заслуженим діячем науки УРСР (1965). Саме ці вчені сприяли в повній мірі науковій діяльності Михайла Васильовича Даниленка. Він почав працювати в галузі топографічної анатомії. Тема дисертаційної роботи “Различия строения глазницы и их прикладное значение”. Захистив дисертацію в Ленінграді в 1951 р. В 1953 р. обраний доцентом кафедри факультетської хірургії ВДМІ імені М.І. Пирогова. В 1953-1955 рр. М.В. Даниленко знаходився в урядовому відрядженні в КНДР як радник Міністра охорони здоров'я. Там, в Кореї зацікавився проблемою парагонімозу, розповсюдженого в країнах Азії гельмінтозу, що вражає органи дихання та ЦНС. Багато оперував, співпрацював з корейськими лікарями, нагороджений орденом КНДР.

В січні 1956 р. – вересні 1959 р. М.В. Даниленко – докторант Вінницького державного медичного інституту імені М.І. Пирогова. В 1958 р. захистив докторську дисертацію і зекономлений час в докторантурі використав для 7-місячної спеціалізації з торакальної хірургії в знаменитого кардіохірурга СРСР Євгена Миколайовича Мешалкіна (1916-1997) в Центральному інституту вдосконалення лікарів, де Є.М. Мешалкін був завідувачем кафедри грудної хірургії та анестезіології. В жовтні 1958 р. у Вінниці зробив першу операцію з приводу набутої вади серця.

У 1959 р. нове випробовування – відрядження в Тернопільський медінститут для створення кафедри шпитальної хірургії.

У 1960 р. М.В. Даниленко отримав вчене звання професора, і став завідувачем кафедри шпитальної хірургії. Вінницький період творчості М.В. Даниленко завершився восени 1964 р. Почався найбільш відповідальний та плідний Львівський період науково-педагогічної та організаційної діяльності М.В. Даниленка.

30 вересня 1964 р. М.В. Даниленко призначений ректором Львівського державного медичного інституту. На цій посаді він був до січня 1981р. За цей час Михайлу Васильовичу вдалось створити 17 нових кафедр, реорганізувати частину кафедр, розбудувати матеріально-технічну базу, збільшити викладацький склад інституту,

провести низку авторитетних з'їздів, симпозіумів, конференції, нарад у Львові, налагодити творчі контакти з видатними науковцями СРСР, країн Східної Європи, збільшити контингент студентів із зарубіжних країн та покращити їх підготовку, посилити видавничу діяльність науковців інституту.

М.В. Даниленко був не лише потужним організатором медичної освіти, але й визначним науковцем. Його доробок складає близько 420 наукових та науково-методичних праць, в тому числі 11 монографій та книг, 6 авторських свідоцтв, десятків рацпропозицій. Він підготував велику школу науковців: понад 50 кандидатів та 14 докторів наук. Його учні працювали у всіх куточках України.

Діяльність Михайла Васильовича Даниленка була гідно пошанована при житті: він став заслуженим діячем науки та техніки УРСР, членом-кореспондентом НАН та АМН УРСР, членом-кореспондентом РАМН, академіком-радником АНТК, Героєм Соціалістичної праці, почесним доктором наук Печського медичного університету (Угорщина).

Біографічний інститут США проголосив М.В. Даниленка в 1998 р. “Людиною року” та “Людиною XX століття – видатним науковцем” і нагородив його Великою золотою медаллю США.

І в тому, що ЛДМІ став Львівським національним медичним університетом імені Данила Галицького є велика заслуга і Михайла Васильовича Даниленка.

ЛІТЕРАТУРА

1. Оборин Н.А. Даниленко Михаил Васильевич / Н.А. Оборин // БМЭ. В 36 т. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1977. – Т.6. – С. 580.
2. Даниленко Михайло Васильович / УРЕ. В 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. Т.3. Гердан-Електрографія. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1979. – С. 238.
3. Михаил Васильевич Даниленко: Библиограф. указ./ под ред. Н.А. Оборина. – Львов, ЛГМИ, 1980. – 64 с.
4. Кузьмин М.К. Ученые-медики – Герои Социалистического труда / М.К. Кузьмин. – М., 1988. – 230 с. – Из содерж.: [Даниленко Михаил Васильевич]. – С. 97-98.
5. Львівський державний медичний інститут / за ред. проф. М.Павловського, проф. І. Даценко, проф. Л.Петрух. – Львів: Словник, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Даниленко Михайло]. – С. 7, 142, 144, 147, 150, 191, 230.
6. Зіменковський Б.С. Михайло Васильович Даниленко – лікар, науковець, громадянин / Б.С. Зіменськовський, А.В. Магльований, В.С. Гриновець, В.І. Тищенко – Львів: Кварт, 2008. – 150 с.
7. Панишко Ю.М. Михайло Васильович Даниленко та його клінічне оточення (1964-1999) / Ю.М. Панишко. – Львів: Сполом, 2011. – 216 с.

**Світла пам'ять про чудову Людину залишається в серцях всіх тих,
хто мав честь працювати з ним.**

Хроніка серпня: ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

1 серпня – 235 років від дня народження **Джона Коллінса Воррена** – американського лікаря-хірурга. Народився в сім'ї відомого лікаря Джона Воррена (1753-1915). Навчався на медичному факультеті Бостонського університету та Лондонського університету. Пройшов курси вдосконалення з хірургії в клініках Едінбурга та Парижа. Після повернення на батьківщину працював лікарем в Бостоні, допомагаючи батькові в анатомічних та хірургічних дослідженнях. В 1815 р. після смерті батька, став завідувачем кафедри в Бостонському університеті і керував нею до 1837 р. Викладав фізіологію та акушерство. Був одним із засновників і головним хірургом Массачусетського генерального шпиталю, відкритого в 1815 р. Воррен був першим хірургом, що в 1846 р. під ефірним наркозом видалив пухлину верхньої щелепи. Активно пропагував ефірний наркоз та рішуче виступав проти хлороформного наркозу. В 1811 р. заснував перший американський хірургічний журнал і був його редактором. Воррен прославився як хірург, що успішно оперував пухлини, робив операції на артеріях, кістках кінцівок тощо.

Помер Д.К. Воррен 4 травня 1856 р. на 78 році життя.

2 серпня – 100 років від дня народження **Діоніза Блашковича** – словацького мікробіолога. Народився в Яблонці. Закінчив у 1939 р. Словацький університет в Братиславі. Працював в Інституті гігієни цього університету до 1946 р. В 1947-1950 рр. керував відділом мікробіології Державного інституту охорони здоров'я. В 1950-1959 рр. очолював Словацький інститут біології. З 1953 р. директор Інституту вірусології Чехословацької АН. В 1951 р. отримав Державну премію ЧРСП, член Чехословацької АН.

Наукові дослідження пов'язані із загальною та медичною вірусологією. Досліджував вогнищевість та циркуляцію патогенних вірусів (грипу, енцефаліту). Іноземний член АН СРСР (з 1966), член Нью-Йоркської АН, Німецької академії природодослідників "Леопольдіна". Нагороджений медаллю ім. Я. Пуркіне Чехословацького медичного товариства. Помер у 1998 р.

4 серпня – 105 років від дня народження **Леоніда Григоровича Вороніна**. Народився в с. Тритузному (тепер Дніпродзержинськ). Закінчив Дніпропетровський педагогічний інститут в 1931 р. З 1954 р. – завідувач кафедри вищої нервової системи Московського університету, в 1957-1959 рр. – директор Інституту вищої нервової діяльності АН СРСР. Член-кореспондент АН СРСР (1968) та АПН СРСР (1968).

Наукові роботи присвячені дослідженню аналітико-синтетичної діяльності мозку людини та тварин при дії складних подразників. Л.Г. Воронін сформулював уявлення про основні етапи еволюційного розвитку набутих реакцій людини та тварин.

Помер 8 лютого 1983 р. на 75 році життя.

5 серпня – 110 років від дня народження **Адама Йозефа Дудицького** – польського лікаря. Народився в м. Тлумач (тепер Івано-Франківщина). В 1922-1929 рр. навчався на медичному факультеті Львівського університету. У 1918-1920 рр. служив у польському війську. В 1930-1931 рр. – заступник асистента кафедри фармакології, в 1931-1933 рр. – молодший асистент кафедри акушерства і гінекології, в 1933-1939 рр. старший асистент кафедри акушерства і гінекології Львівського університету. Подальша доля невідома.

8 серпня – 95 років від дня народження **Левка Давидовича Бергельсона** – радянського біохіміка. Народився в Гайсині (Вінницька область). В 1941 р. закінчив Московський університет. В 1946-1968 рр. працював в Інституті органічної хімії АН СРСР, з 1959 р. працював в Інституті біоорганічної хімії АН СРСР. В 1964 р. отримав вчене звання

професора. В 1968 р. обраний членом-кореспондентом АН СРСР. Наукові дослідження присвячені синтезу ліпідів, антибіотиків, стероїдів та інших біологічно активних сполук. Відкрив багаточисельні природні ліпідні речовини, в тому числі невідомий до сих пір клас “діольних ліпідів”, встановив їх структуру. Розпрацював технологію синтезу ліпідів.

9 серпня – 110 років від дня народження **Віктора Юзефа Бросса** – польського лікаря-хірурга. Народився в с. Віткове Познанського воєводства. Навчався на медичному відділенні Познанського (1922-1924) та Львівського (1924-1928) університетів. Стажувався у Великобританії, Німеччині, Франції, Швейцарії. У 1928-1930 рр. – асистент шпиталю св. Єлизавети в Катовіце; 1930-1932 рр. – помічник лікаря Державного шпиталю у Львові, в 1933-1935 рр. – молодший асистент, в 1935-1938 рр. – старший асистент, з 1939 р. – доцент кафедри хірургії Львівського університету. Після закінчення II світової війни працював у Катовіце та Вроцлаві, де створив Вроцлавську хірургічну школу. У 1958 р. виконав першу в Польщі операцію на відкритому серці, в 1965 р. – першу пересадку нирки. Доктор медицини, професор, один з основоположників польської хірургії і торакохірургії. Член Польської АН (1986). Помер 19 січня 1994 р. на 91 році життя.

9 серпня – 100 років від дня народження **Радоя Петрова Попиванова** – болгарського медика, біолога та генетика. Народився в Плевені. В 1939 р. закінчив медичний факультет Софійського університету. В 1942-1946 рр. та 1948-1953 рр. працював у Медичній академії в Софії. З 1954 р. отримав вчене звання професора. В 1957-1959 рр. – керівник кафедри загальної біології Вищого медичного інституту в Софії. Засновник та директор медико-біологічного інституту при АМН НРБ. З 1974 р. – член болгарської АН, з 1977 р. – міністр охорони здоров'я НРБ. Один із засновників (з 1967) та радник (з 1975) Міжнародного координаційного комітету з імунології репродукції.

Наукові роботи присвячені проблемам медичної біології та генетики. Досліджував клініко-тканинні фактори імунітету, серологію груп крові, в тому числі резус-фактор. Ідентифікував видові, органоспецифічні та інші антигени сперматозоїдів людини. Очолював дослідження з імуногенетики репродукції людини при АН НРБ та АМН НРБ.

11 серпня – 155 років від дня народження **Христіана Ейкмана** – нідерландського лікаря. Народився в Ньойкерку. Навчався у Військовій медичній школі Амстердамського університету. Написав докторську дисертацію “Про поляризацію нервів” і в 1883 р. з відзнакою закінчив університет і одержав ступінь доктора медицини. Поступив на військову медичну службу в Нідерландській Східній Індії (нині Індонезія). Після тяжкої хвороби повернувся в Амстердам для лікування, потім переїхав в Берлін, щоб працювати у Роберта Коха. За рекомендацією Р. Коха виїхав у 1886 р. на о. Ява для вивчення хвороби бері-бері. В 1887 р. Х. Ейкмана призначили директором Японської медичної школи на о. Ява. В результаті експериментів з годуванням курчат очищеним і неочищеним рисом Ейкман прийшов до висновку, що в неочищеному рисі міститься якась речовина, яка здатна запобігти цьому захворюванню. В 1896 р. він захворів і повернувся в Нідерланди. У 1899 р. був призначений професором охорони здоров'я та судової медицини Утрехтського університету. У 1911 р. польський хімік Казимір Франк виділив з рисового лущиння речовину, яка запобігала хворобі: це вітамін В₁ або тіамін.

В 1929 р. Ейкман та Хопкінс отримали Нобелівську премію “за відкриття вітамінів”.

Останні роки Х. Ейкман хворів і помер 3 листопада 1930 р. на 73 році життя.

13 серпня – 95 років від дня народження **Фредеріка Сенгера** – англійського біохіміка. Народився в Рендкомбі. В 1939 р. закінчив Кембриджський університет. В 1940-1944 рр. працював в цьому університеті, а в 1944-1951 рр. – в лабораторії медичних досліджень фірми “Бейт”. З 1951 р. керував відділом хімії білка медичної дослідницької

ради і одночасно (з 1954) лабораторією молекулярної біології Королівського коледжу Кембриджського університету. Основні наукові роботи пов'язані з вивченням структури обміну білків та нуклеїнових кислот. Розробив метод поступового відщеплення амінокислот від білкової молекули з наступною хроматографічною ідентифікацією. За допомогою цього методу в 1954 р. встановив первинну структуру інсуліну. В 1977 р. запропонував (разом з У.Гілбертом) метод розшифровки первинної структури нуклеїнових кислот, заснований на ферментативному синтезі. Вперше встановив первинну структуру 5S-РНК (1967) і послідовність основ ДНК фага ФХ 174 (1977).

В 1958 р. Ф. Сенгер отримав Нобелівську премію з хімії “за роботи над структурою протеїнів, в особливості над інсуліном”.

Почесний член Американської академії мистецтв і наук (1958), Член Аргентинської АН. В 1969 р. присуджено золоту медаль Лондонського королівського товариства, медаль ім. Дж. Гопкінса (1971). **В 1980 р. Ф. Сенгер отримав другий раз Нобелівську премію разом з П. Бергом, У. Гільбертом “за дослідження в галузі встановлення первинної структури нуклеїнових кислот”.**

18 серпня – 105 років від дня народження **Леоніда Семеновича Персіанінова** – російського лікаря, акушер-гінеколога. Народився в с. Старе Село (Калужська обл.). Починав вчитися в Смоленському медичному інституті в 1925 р., завершив навчання в 2-му Ленінградському медичному інституті в 1931 р. В 1936-1941 рр. працював в акушерській клініці Казанського інституту вдосконалення лікарів під керівництвом проф. В.С. Груздева. В 1938 р. закінчив аспірантуру, працював асистентом, далі доцентом. Під час II світової війни був ведучим хірургом “П П Г”. Після війни повернувся в Казанський інститут удосконалення лікарів. В 1951 р. захистив докторську дисертацію. В 1951-1957 рр. завідував кафедрою акушерства та гінекології Мінського медичного інституту. В 1958-1967 рр. – завідувач кафедри акушерства та гінекології 2-го Московського медінституту. З 1967 по 1978 рік був директором Всесоюзного НДІ акушерства та гінекології та одночасно завідувачем кафедри акушерства та гінекології 1-го Московського медінституту.

Л.С. Персіанінов – автор (співавтор) біля 400 наукових праць, в тому числі 9 керівництв та 17 монографій. Він був удостоєний Державної премії СРСР (1968), премії ім. В.Ф. Снегірьова АМН СРСР (1962), премії ім. В.С. Груздьова АМН СРСР (1972). Був головою Всесоюзного товариства акушер-гінекологів (з 1961), Наукової ради з акушерства та гінекології АМН СРСР (з 1976), віце-президентом Міжнародної федерації акушер-гінекологів (1967-1970). Був членом багатьох наукових товариств, нагороджений орденами та медалями СРСР. Герой Соціалістичної праці, Заслужений діяч науки БРСР.

Помер 27 грудня 1978 р. на 71 році життя.

20 серпня – 100 років від дня народження **Роджера Уолкота Сперрі** – американського невролога. Народився в Хартфорді. Після закінчення школи вступив до Оберлін-коледжу (штат Огайо) і в 1935 р. одержав ступінь бакалавра з англійської мови, а в 1937 р. захистив магістерську дисертацію з психології. В 1938 р. вивчав зоологію і вступив до Чиказького університету, де продовжив вивчення зоології. У 1941 р. Сперрі дістав докторський ступінь у Чиказькому університеті. Наступні 5 років працював у Гарвардському університеті (у Флориді). У 1946 р. повернувся до Чиказького університету на посаду асистент-професора анатомії, в 1952 р. був призначений ад'юнкт-професором психології, вивчав вплив комісуротомії (перетинання шляхів між півкулями мозку) на діяльність головного мозку тварин. Ці дослідження показали, що нервові зв'язки між півкулями відіграють дуже важливу роль в цілісному почуттєвому сприйнятті у тварин. В 1954 р. отримав посаду професора психобіології Каліфорнійського технологічного інституту. З

1961 р. почав співпрацювати з нейрохірургами медичного центру імені Уайта в Лос-Анджелесі.

У 1981 р. Сперрі отримав Нобелівську премію “за відкриття, пов’язані з функціональною спеціалізацією півкуль головного мозку”.

При житті Р. У. Сперрі отримав багато нагород, був членом багатьох наукових академій та товариств. Помер 17 квітня 1994 р. на 81 році життя.

21 серпня – 205 років від дня народження **Августа Крістіана Фойгта** – польського вченого. Народився в м. Броди Львівської області. Закінчив медичний факультет Віденського університету у 1840 р. В 1842-1844 рр. – працював асистентом і прозектором Віденського анатомічного інституту, в 1844-1847 рр. – професором Віденського університету, в 1847-1852 рр. – професором анатомії медико-хірургічного інституту в м. Любліні, в 1850-1854 рр. – професором анатомії та гістології Львівського університету, 1854-1861 рр. – професором анатомії та гістології Краківського університету, в 1861-1878 рр. – професором анатомії та гістології, керівником анатомічного інституту Віденського університету. Сприяв розбудові анатомічного музею Львівського університету, поповнював його обладнанням та анатомічними препаратами.

Помер 10 лютого 1890 р. на 82 році життя.

22 серпня – 145 років від дня народження **Станіслава Кароля Толлочка** – польського хіміка. Народився в с. Челеєво (Білорусь). В 1893 р. закінчив природниче відділення Варшавського університету. Стажувався з хімії в університетах Геттінгена (1893-1896) та Кракова (1899-1901). Працював викладачем математики, фізики, хімії в гімназіях Кракова в 1896-1901 рр., одночасно (1896-1898) – асистент кафедри неорганічної хімії Краківського університету, в 1901-1905 рр. доцент цієї ж кафедри, в 1905-1935 рр. засновник і керівник кафедри неорганічної хімії 1-го Хімічного інституту, одночасно в 1913-1935 рр. – директор 1-го Хімічного інституту, в 1914-1917 рр. – декан філософського факультету Львівського університету, де викладав одночасно неорганічну та аналітичну хімію. В 1893 р. став кандидатом фізико-математичних наук, в 1896 р. – доктором філософії, в 1901 р. – доцентом, в 1905 р. – професором. В 1912-1913 рр. був Президентом Польського товариства природодослідників, в 1931-1932 рр. – Президентом Польського хімічного товариства.

Наукові дослідження пов’язані з проблемами аналітичної хімії, електро- та фотохімії; вивчав склад мінералів, отримав патенти на промислове виробництво тетрахлорвуглецю та інших речовин із природного газу. Автор близько 30 наукових праць, в тому числі підручників (9 перевидань) з неорганічної та органічної хімії. Підготував 4 професорів.

Помер 5 березня 1935 р. на 67 році життя.

23 серпня – 245 років від дня народження **Естлі Купера** – англійського анатома та хірурга. Анатомію та хірургію вивчав в Лондоні, в шпиталі св. Фоми, під керівництвом відомого англійського хірурга Джона Гунтера. Вдосконалювався в Парижі. В 1793 р. став професором кафедри анатомії, а в 1800 р. – професором кафедри хірургії та головним хірургом лондонського шпиталю Гая. В 1818-1826 рр. – професор порівняльної анатомії в Королівському коледжі хірургів. Анатомічні дослідження принесли Е. Куперу всесвітню славу. Він описав артерію м’яза, що підвішує яечко, фасцію цього м’яза, сім’явикидну протоку, залози, гребінцеву зв’язку, верхню лобкову зв’язку. Першим описав вроджену косу пахову килу. В 1805 р. вперше в світі здійснив операцію перев’язування загальної сонної артерії. В 1811 р. намагався перев’язати і черевну аорту, але не зміг це здійснити. Виклав способи лікування переломів та вивихів. Відомі праці Е. Купера з військово-польової хірургії. Описав масталгію та орхіалгію. Створив деякі хірургічні інструменти (лігатурна голка Купера, ножиці Купера). Помер 12 лютого 1841 р. на 73 році життя.

24 серпня – 110 років від дня народження **Кеннета Аллана Колдуелла Елліота** – канадського біохіміка. Народився в Кімберлі (ПАР). Закінчив в 1923 р. Грахемстоунський та в 1930 р. Кембриджський університет. В 1944-1959 рр. працював в Інституті неврології в Монреалі. З 1951 р. – директор лабораторії експериментальної нейрохімії, з 1959 р. – професор і завідувач кафедри біохімії. Наукові роботи присвячені вивченню обмінних процесів у ЦНС при збудженні та гальмуванні. Вивчав роль γ -аміномасляної кислоти в основних нервових процесах. Деякі роботи присвячені окисно-відновним системам організму, обміну в нормальній та раковій клітині. Був членом Американської академії мистецтв і наук. Помер 28 квітня 1986 р. на 83 році життя.

24 серпня – 100 років від дня народження **Штефана Куффлера** – американського нейробіолога та нейрофізіолога угорського походження. Народився в Тапе (Угорщина). В 1937 р. закінчив Віденський університет. До 1945 р. працював у Сіднеї (Австралія), в 1946-1947 рр. – в Чиказькому університеті, в 1947-1956 рр. – в Університеті Джонса Гопкінса в Балтиморі. В 1956-1959 рр. – професор кафедри фізіології та біофізики, в 1959-1964 рр. професор нейрофізіології та нейрофармакології Гарвардської медичної школи в Бостоні, в 1964-1976 рр. – професор нейробіології Університету Р. Уїтропа.

Наукові дослідження пов'язані з проблемами організації нервової системи, фізіології та біофізики синаптичної передачі нервових імпульсів, фізіології органів чуття, електрофізіологічними властивостями нейроглії та її ролі в діяльності ЦНС. Ш.Куффлер – редактор журналу “Ньюрофізіолоджі”. Був членом Лондонського королівського товариства (1965), Данського королівського товариства наук (з 1970), Австрійської АН, Американської академії мистецтв і наук, Лондонського та Американського фізіологічного товариства, був почесним доктором багатьох університетів.

26 серпня – 160 років від дня народження **Олександра Васильовича Репрева** – російського та українського вченого. В 1878 р. закінчив медико-хірургічну академію в Санкт-Петербурзі. Учень В.В. Пашутіна. Захистив у 1888 р. докторську дисертацію. В 1891-1895 рр. працював професором кафедри загальної патології Томського університету. В 1895-1924 рр. – професор кафедри загальної патології Харківського університету. З 1924 р. до кінця життя працював у НДІ УРСР. Наукові дослідження пов'язані з проблемою взаємозв'язку обміну речовин і діяльності залоз внутрішньої секреції в умовах патології. Він написав “Підручник загальної патології” (1897) та посібник “Основи загальної та експериментальної патології” (1908, 1911), які посприяли розвиткові експериментально-фізіологічного та фізико-хімічного напрямків у патології. Створив школу патофізіології. Помер 21 червня 1930 р. на 77 році життя.

26 серпня – 135 років від дня народження **Ліни Соломонівни Штерн**. Народилася в Лібаві (Латвія). В 1903 р. закінчила Женевський університет, в якому працювала до 1925 р. в 1917 р. отримала вчене звання професора. В 1925-1948 рр. – професор 2-го Московського медичного інституту і одночасно (1928-1948) – директор Інституту фізіології АН СРСР, в 1954-1968 рр. – завідувач відділу фізіології Інституту біофізики АН СРСР. Наукові роботи присвячені вивченню хімічних процесів при фізіологічних станах в різних відділах ЦНС. Вивчала роль каталізаторів в процесі біологічного окиснення, досліджувала функції гематоенцефалічного бар'єру (1934-1948). Запропонувала метод введення ліків у цереброспінальну рідину. Розвивала вчення про механізми регуляції сталості середовища внутрішніх органів. Відповідальний редактор “Бюлетеня експериментальної біології и медицини” (1937-1942). В 1943 р. присвоєна Державна премія СРСР.

Померла Л.С. Штерн 7 березня 1969 р. на 91 році життя.

26 серпня – 100 років від дня народження **Олександра Абрамовича Красновського** – радянського біохіміка. Народився в Одесі. Закінчив Московський хіміко-технологічний

інститут в 1937 р. З 1944 р. – завідувач лабораторії фотобіохімії Інституту біохімії АН СРСР, одночасно – професор кафедри біофізики Московського університету. Майже 50 років наукового життя О.А. Красновського пов'язані з Інститутом біохімії ім. О.М. Баха АН СРСР, куди був прийнятий в докторантуру за рекомендацією академіків О.М. Баха та А.Н. Тереніна. Засновник нового напрямку досліджень – фото біохімії, що межує з біохімією, біофізикою, фотохімією. В 1962 р. був обраний членом-кореспондентом, а в 1976 р. – академіком АН СРСР. Відкрив важливу властивість збудження світлом хлорофілових пігментів – здатність до зворотного фотохімічного відновлення хлорофілу (реакція Красновського). Розшифрував механізм фотосенсибілізуючої дії хлорофілу при окисно-відновних перетвореннях компонентів ланцюгу переносу електронів. Встановив, що стан пігменту визначається міжмолекулярними взаємодіями. Був головним редактором журналу “Біофізика” (1978-1988), віце-президентом Міжнародного товариства походження життя. Під керівництвом О.А. Красновського захистили кандидатські та докторські дисертації понад 60 вчених. Нагородений премією О.М. Баха (1950, 1975), лауреат Державної премії СРСР (1991). Був членом Німецької академії природознавців “Леопольдіна”, почесним доктором Університету м. Сегед (Угорщина), членом Американського товариства фізіологів рослин, Американського фотобіологічного товариства.

Помер 16 травня 1993 р. на 80 році життя.

28 серпня – 135 років від дня народження **Джорджа Уїпла** – американського лікаря. Народився в Ашленді. Навчався в Йельському університеті, який закінчив у 1900 р. зі ступенем бакалавра мистецтв. У 1901 р. отримав посаду викладача. В 1905 р. присвоєно медичний ступінь і Уїпл став асистентом патології в медичній школі Дж. Хопкінса. Продовжуючи досліди біохімії печінки, він з іншими дослідниками встановив, що в експериментальних умовах можливе утворення жовчних пігментів без участі печінки. У 1920 р. Уїпл став деканом медичної школи Каліфорнійського університету, в 1921 р. став деканом медичного коледжу при Рочестерському університеті (штат Нью-Йорк).

В 1934 р. Уїпл, Майнот та Мерфі поділили Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття, пов'язані з розробкою методу лікування перніціозної анемії із застосуванням печінки”.

У 1963 р. Уїпл заснував бібліотечний фонд. При житті був нагороджений багатьма медалями, був членом багатьох наукових товариств, почесним членом декількох університетів.

Помер 1 лютого 1976 р. на 98 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Воррен Джон Коллінс]. – С. 163.
2. Біологи: біограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Блашкович Диониз]. – С. 73.
3. Біологи: біограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Воронин Леонид Григорьевич]. – С. 143-144.
4. Сіромський Р. Дудицький Адам Йозеф / Р. Сіромський // // Encyclopedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т.І.: А – К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 466.
5. Біологи: біограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Бергельсон Лев Давидович]. – С. 60-61.

6. Сіромський Р. Бросс Віктор Юзеф / Р. Сіромський // // Encyclopedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т.І.: А – К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 243-244.
7. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Попиванов Радей Петров]. – С. 505-506.
8. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: Біогр. Нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куц. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Ейкман (Eijkman) Христіан]. – С. 112-114.
9. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. - Из содерж.: [Сенгер Фредерик]. – С. 563-564.
10. Нобелевская премия. Лауреаты. Иллюстрированная энциклопедия / пер. с англ. Л.Гуськовой. – М.: ЭКСМО, 2009. – 296 с. – Из содерж.: [Фредерик Сенгер]. – С. 156, 234.
11. ru.wikipedia.org/wiki/Персианинов,_Леонид_Семёнович
12. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: Біогр. Нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куц. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Сперрі (Sperry) Роджер]. – С. 300-303.
13. Надрага М. Фойгт Август Крістіан / М. Надрага, С. Різничок // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 335-336.
14. Гладішевський Є. Толлочко Станіслав Кароль / Є. Гладішевський, Р. Лесик // 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. 322-323.
15. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Купер Естлі]. – С. 176.
16. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Куффлер Штефан]. – С. 350-351.
17. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Репрєв Олександр Васильович]. – С. 106.
18. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Штерн Лина Соломоновна]. – С. 716.
19. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. - Из содерж.: [Красновский Александр Абрамович]. – С. 333-334.

АНТУАН ЛОРАН ЛАВУАЗЬЄ
До 270-річчя від дня народження



Антуан Лоран Лавуазьє народився в сім'ї адвоката 28 серпня 1743 р. в Парижі. Мати його померла в 1748 р. коли Антуану Лорану було всього 5 років. Початкову освіту він здобув у коледжі Мазаріні. Ця школа була створена кардиналом Мазаріні для дітей знатних осіб, але до неї брали дітей з інших станів. Вона була найпопулярнішою школою в Парижі. Антуан вчився відмінно. Він мріяв про літературну славу, навіть почав писати драму. Після закінчення коледжу вступив на факультет права Паризького університету, бо дід і батько були юристами. У 1763 р. Антуан Лоран отримав ступінь бакалавра, а в 1764 р. отримав ступінь ліценціата права. Одночасно він займався природничими і точними науками під керівництвом кращих паризьких професорів: математику та астрономію він вивчав під керівництвом абата Ле-Кайля, ботаніку під керівництвом Бернара де Жюсьє, мінералогію – під керівництвом Геттера, хімію – Руеля.

В 1765 р. написав свій перший науковий трактат “Аналіз гіпсу”, який представив в Академію наук. В тому ж році за роботу “Кращий спосіб освітлення вулиць великого міста” отримав від Академії наук золоту медаль. В 1767 р. обраний в Академію наук ад'юнктом хімії, а в 1772 р. – дійсним членом Академії наук. В 1773 р. він створив метод кількісного аналізу в хімії. В 1785 р. Лавуазьє був завантажений найрізноманітнішими дорученнями і зробив понад 200 доповідей з різних питань науки та техніки: від аналізу цеолітів до китайських чорнил та нового механічного крісла для хворих. Обстежив тюрми та лікарні Парижа, займався проектом перебудови лікарень. З 1775 р. став керівником порохових складів. Вивчав техніку очистки селітри та виготовлення пороху, провів повну реорганізацію цієї справи, покращив якість селітри та пороху, збільшив його виробництво. За дорученням Національних зборів Лавуазьє взяв участь у розробці системи мір та ваг. Разом з Гюйо визначив щільність води і напрацював одиницю ваги. Згодом разом з Л. Борда визначив розширення міді та платини для побудови нормального метру.

Роботи А.Л. Лавуазьє сприяли перетворенню хімії в науку, засновану на точних вимірах, він систематично використовував кількісні методи, в особливості точні зважування, до досліджень хімічних перетворень. Керуючись законом збереження маси, відкинув помилкову теорію флогістону, згідно з яким вважалося, що всі горючі речовини, а також метали, що перетворюються при обпалюванні в “землі”, “окаліни”, містять флогістон, що виділяється з них при спалюванні чи обпалюванні. В 1772-

1777 рр. в результаті точних досліджень вказав на склад атмосферного повітря і вперше правильно обґрунтував явища горіння та обпалювання як процеси з'єднання речовин з киснем. Цього висновку не змогли зробити англійський вчений Дж. Прістлі та шведський хімік К. Шееле, не дивлячись на те, що вони відкрили кисень раніше А. Лавуазьє.

В 1783 р. після відкриття Г. Кавендишем (1731-1810) утворення води при спалюванні водню А. Лавуазьє зробив перший аналіз води за допомогою заліза і синтез її з водню та кисню. А.Лавуазьє та французький військовий інженер Ж. Мьоньє показали, що вода є сполукою водню та кисню (1783), вони ж синтезували воду з кисню та водню (1785). Встановлення складу води остаточно зруйнувало гіпотезу флогістону. Вчення А. Лавуазьє підтримали французькі математики П. Лаплас, Г. Монж, а також хіміки: К. Бертолле (1748-1822), Л. Гітон де Морво (1737-1816), А. Фуркрук (1755-1809), з якими в 1786-1787 рр. він розробив проєкт раціональної хімічної номенклатури, що з часом стала загальнозживаною.

А. Лавуазьє був реформатором хімії. Його праці експериментально обґрунтували основний закон хімії – закон збереження маси речовини (М.В. Ломоносов), відкинули теорію флогістону.

А. Лавуазьє провів аналіз повітря і встановив склад вугільної кислоти. Він зробив першу наукову класифікацію хімічних сполук, яка встановлювала три головні групи: окисли, кислоти, солі. Вияснив склад води, він пояснив утворення солей при розчиненні металів у кислотах і відновлення металічних окислів воднем. Він визначив склад органічних речовин, за продуктами горіння встановив їх (води та CO_2), що в склад їх входить вуглець, водень та кисень і тим самим зробив початок органічному аналізу. В 1789 р. всі свої праці з'єднав в одному нарисі “*Traité elementaire de chimie*”.

Роботи А. Лавуазьє відкрили новий період і в фізіології. Він пояснив дихання як повільне окиснення речовин в організмі. Кисень з'єднується з елементами тіла, дає воду та вуглекислий газ. Ці основні принципи збереглися до наших днів.

В 1789 р. Лавуазьє разом з іншими французькими вченими заснував журнал “*Аннали хімії*” (“*Annales de chimie*”) – одно з перших хімічних періодичних видань. В 1789 р. надрукував “*Початковий підручник з хімії*”, де хімія визначалася як наука про склад речовин, про їх аналіз. Речовини, які в той час не могли бути розкладені, Лавуазьє назвав простими. В це число він включив всі відомі в кінці XVIII ст. неметали, метали, “землі”, радикали, а також гіпотетичні “невагомні початки” або флюїди.

Створений А. Лавуазьє напрямок привів до відкриття нових речовин і до експериментального обґрунтування стехіометричних законів. Він є одним із засновників термохімії. В 1783 р. А. Лавуазьє та французький фізик П.Лаплас описали сконструйований ними льодовий калориметр і зробили перші визначення теплоти горіння низки речовин; вони прийшли до висновку, що теплота розкладання сполуки дорівнює теплоті його утворення. А.Лавуазьє показав (1777), що при диханні поглинається кисень і утворюється вуглекислий газ, тобто процес дихання подібний горінню.

В 1783-1784 рр. Лавуазьє та Лаплас встановили, що цей процес для тварин є головним джерелом теплоти. Визначив правильне співвідношення між диханням та травленням, показав, що витрати на дихання організм поповнює через травлення. В 1789 р. А. Лавуазьє та його учень А. Сеген відкрили пряму пропорційну залежність між м'язовою роботою і споживанням організмом кисню.

В 1768 р. А. Лаувазье вступив в Генеральний відкуп, пайщиком відкупника Бодона. Зі смертю Бодона в 1779 р. Лавуазьє став самостійним членом відкупу. Відкупна система викликала ненависть народу, але особиста діяльність Лавуазьє була бездоганною, що доказав його біограф Грімо.

Під час революції Лавуазьє був членом “Національного казначейства”. Хоча в 1791 р. відкуп був знищений, але напади революційної преси на бувших відкупників не припинялися. В 1793 р. депутат Бурдон почав вимагати в Конвенті негайного арешту та суду бувших відкупників. Лавуазьє був заарештований в кінці листопада 1793 р. і Конвент виніс постанову віддати його на суд революційного трибуналу. “Республіка не потребує вчених”, - заявив голова Трибуналу Кофіналь. Лавуазьє був звинувачений “у змові з ворогами Франції проти французького народу” і 8 травня 1794 р. був гільотований.

Його ім'я записано в списках найвизначніших вчених Франції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Северин С. Лавуазьє Антуан Лоран / С. Северин // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. Т.15: Курт – Лимфоциты. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1960. – С. 172-173.
2. Популярная библиотека химических элементов. Водород – Хром / отв. ред. акад. И.В. Петрянов-Соколов. – М.: Наука, 1971. – 309 с. – Из содерж.: [Антуан Лоран Лавуазьє]. – С. 127-129, 239.
3. Погодин С.А. Лавуазьє Антуан Лоран / С.А. Погодин // БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. Т.14: Кунь – Ломами. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1973. – С. 94.
4. УРЕ в 12 т / гол. ред. М.П. Бажан. Т.6: Куликів – Мікроклімат. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1981. – 552 с. – Зі змісту: [Лавуазьє Антуан Лоран]. – С. 45-46.
5. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. - Из содерж.: [Лавуазьє Антуан Лоран]. – С. 354.
6. Манолов К. Великие химики. В 2-х т.Т.І / Пер. с болг. – 3-е изд. пер. доп. – М.: Мир, 1985. – 465 с. – Из содерж. [Антуан Лоран Лавуазьє]. – С. 142-167.
7. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Лавуазьє Антуан Лоран]. – С. 42.

ВИМОГИ

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

Загальні вимоги

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

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Мета статті.

Виклад матеріалу з висновками.

Вимоги до оформлення статті

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

Технічні вимоги щодо оформлення матеріалів

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

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

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

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

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

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

Наукове видання

ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ

Здоровий спосіб життя

Збірник наукових праць

Випуск 18 (84)

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

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

В.А. Токового – приватного підприємця

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

Підписано до друку 08.08.2013

Формат 60*84/8. Папір офсетний

Гарнітура Times New Roman

Друк цифровий.

Ум. друк. арк. 8,84. Фіз. друк. арк. 9,5.

Наклад 90 прим.