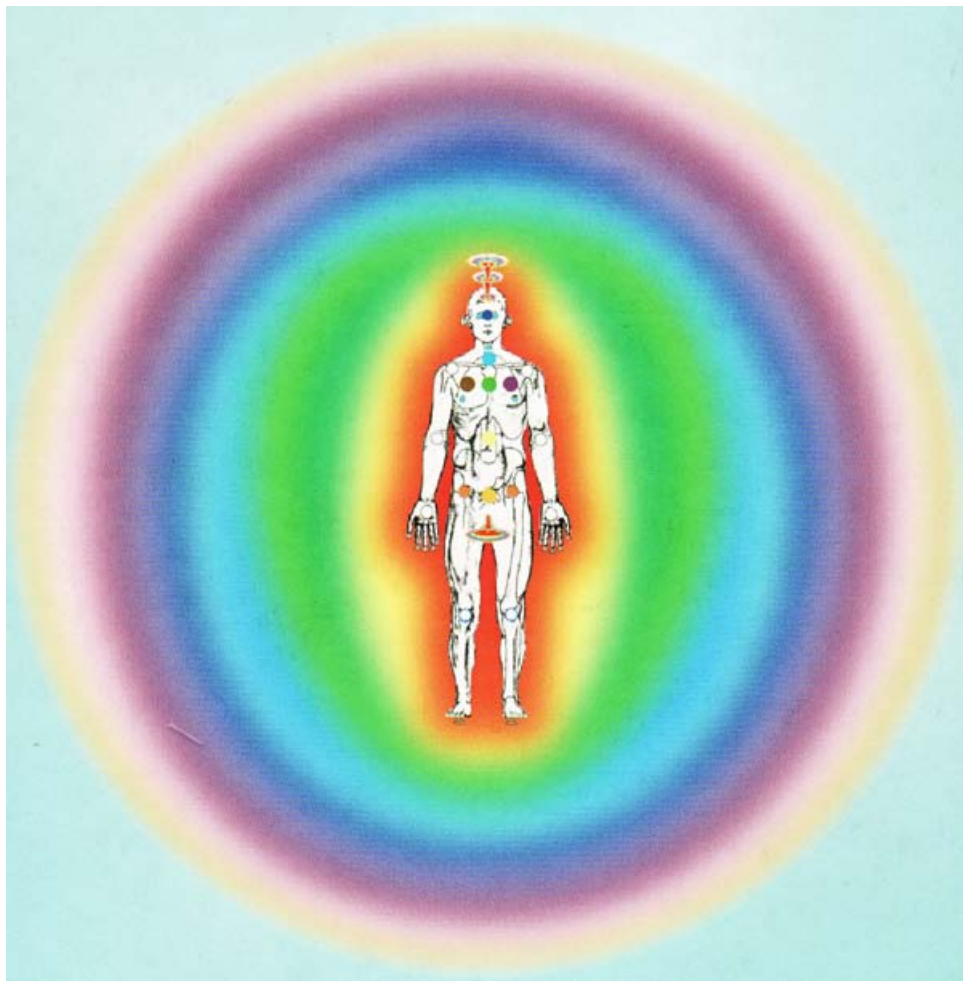


**Західний центр енергоінформаційних наук  
Українська Міжнародна академія  
профілактичної медицини НТШ**

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ  
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ**



**Збірник наукових праць  
Випуск 30 (96)**

**Львів 2014**

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, 2014. – Вип. 30. – 76 с.**

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

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

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

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

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

ISSN 2307-0722

© Ю. М. Панишко, 2014

## ЗМІСТ

Відомості про авторів .....		4
Васильчук А.Л.	Особливості світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла людина .....	5
Ковцун В.І. Панишко Ю.М. Лібович Н.П. Ковцун В.В.	Вдосконалення техніко-тактичної підготовленості кваліфікованих волейболісток .....	14
Малярська Н.В. Панишко Ю.М. Вівчар Р.Я. Шарабура М.С. Леськів В.Є.	Біль спини: причини, діагностика, лікування .....	22
Матвієнко Ю.О.	Лобно-скронева деменція .....	29
<b>ХРОНІКА</b>		
Новицька І.М. Кравців Н.Б. Лаврівська С.М.	Деякі визначні дати серпня .....	39
Редколегія	Поздоровлення ювілярів ЛНМУ ім. Данила Галицького .....	43
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Метельська Л.С., Семак Г.В.	Хроніка серпня. Ювілейні дати вітчизняних лікарів та вчених .....	44
Панишко Ю.М., Пашковська О.Я.	Геннадій Васильович Книшов. До 80-річчя від дня народження .....	51
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л.,	Платон Григорович Костюк. До 90-річчя від дня народження .....	54
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л. Бабляк С.Д., Бодак П.С.	Хроніка серпня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених .....	59
Андрющенко В.П., Васильчук А.Л., Панишко Ю.М.,	Ілля Васильович Буяльський. До 225-річчя від дня народження .....	67
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л.	Іван Михайлович Сєченів. До 185-річчя від дня народження .....	70
Куш О.О.	Слово на захист честі та гідності лікаря І.Д. Герича ...	73
Редколегія	Інформаційний матеріал .....	75

## Відомості про авторів

**Андрющенко Віктор Петрович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

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

**Бодак Петро Степанович** – лікар-діагност, завідувач рентгенхірургічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні.

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

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

**Ковцун Василь Іванович** – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри спортивних та рекреаційних ігор Львівського державного університету фізичної культури.

**Ковцун Віталій Васильович** – магістр фізичного виховання, викладач Львівського коледжу транспортної інфраструктури.

**Кравців Наталія Богданівна** – редактор I категорії КЗ ЛОР “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

**Куш Олег Олегович** – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри хірургії Львівського медичного інституту.

**Лаврівська Сара Михайлівна** – завідувач відділу бібліографії КЗ ЛОР “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

**Леськів Володимир Євгенович** – лікар-рентгенолог ТОВ “Абсолют МЕД”.

**Лібович Надія Петрівна** – магістр фізичного виховання, старший викладач кафедри спортивних та рекреаційних ігор Львівського державного університету фізичної культури.

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

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

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

**Новицька Ірина Миронівна** – провідний бібліограф відділу науково-медичної інформації КЗ ЛОР “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

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

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

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

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

## ОСОБЛИВОСТІ СВІТЛОСЯЮЧОГО ЧЕРВОНОГО ТОНКОМАТЕРІАЛЬНОГО ТІЛА ЛЮДИНИ

*Вперше у світі пояснюються особливості світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла людини.*

*Ключові слова: еніоанатомічна норма; гіпотрофія; гіпофункція; гіпертрофія; гіперфункція; специфічні функції.*

*Впервые в мире объясняются особенности светло-яркоокрасного тонкоматериального тела человека.*

*Ключевые слова: эниоанатомическая норма; гипотрофия; гиподисфункция; гипертрофия; гипердисфункция; специфические функции.*

*For the first time in the world are the special features of bright red subtle body*

*Key words: enioanatomical standard; hypotrophy; hypofunction; hypertrophy; hyperfunction; specific functions*

Продовження з випуску 29 (95)

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

### **Еніоанатомічна норма світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла**

**Структурно-функціональна норма світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла** це такий еніоанатомічний стан, при якому його зовнішня оболонка знаходиться між зовнішніми оболонками зовнішніх частин червоного і оранжевого тонкоматеріальних тіл з оптимальним функціонуванням при відповідних навантаженнях.

**Світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло, розвинуте до функціональної норми** (мал.1), інформаційно-енергетично забезпечує морфогенез в більшій мірі органів і тканин, в меншій мірі клітин фізичного тіла, вміщує в собі інформації життя, процесу диференціювання форм, структур та функцій органів і тканин. Інформаційно-енергетично зберігає і підтримує життя, уможливорює органам і тканинам реагувати на інформаційно-енергетичні зміни зовнішнього середовища, які світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло інформаційно-енергетично фіксує і накопичує до кількості, достатньої для адаптації і переорієнтації еволюційного розвитку фізичного тіла на рівні тканин та органів. Інформаційно-енергетично забезпечує прояв інстинктів людини, вдосконалює прояв яснобачення та психокінетичних здібностей.

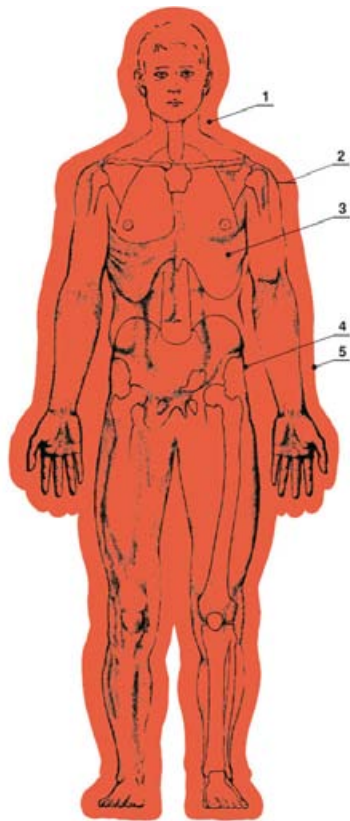
Під впливом світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла продовжують розвиватися властивості, особливості, здібності, функціональні можливості і вдосконалюється характер соціально-біотичної діяльності, обумовленої червоним тілом. Світлосяюче червоне тіло доповнює інформаційно-енергетичні можливості червоного тонкоматеріального тіла і функціонує у вищих частотних червоних діапазонах. Єдність матеріального і духовного у фізичному тілі людини починається з червоного та світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл.

Світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло інформаційно-енергетично допомагає формувати фізичні, фізіологічні, психічні, інтелектуально-ментальні, емоціональні, моральні,

етичні, естетичні, духовні, професійні та інтегральні соціально-біотичні властивості, які допомагають людині всебічно зрозуміти різноманітні соціально-економічні процеси країни і суспільства, досягнути високого державного, соціального та економічного положення, брати на себе відповідальність і приймати оптимальні рішення у справах розвитку держави, суспільства, окремих фірм, організацій та різних соціальних груп. Формується всебічно розвинена, здорова, високо професійна, прагматична, відповідальна, активна, духовна, свідомо, високоморальна, етична, естетична людина, яка вміє практично реалізувати намічені цілі і в більшій мірі орієнтована на створення матеріального добробуту і, яка захищає відповідними законами моральні, етичні, духовні, соціальні, економічні, політичні та державні відношення. Усі властивості, особливості, здібності та функціональні можливості людини, що обумовлені світло- сяючим червоним тонкоматеріальним тілом, можуть поглиблюватися, розширюватися і вдосконалюватися світлосяючими червоними інформаційно-енергетичними матеріями оранжевого, світлосяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл.

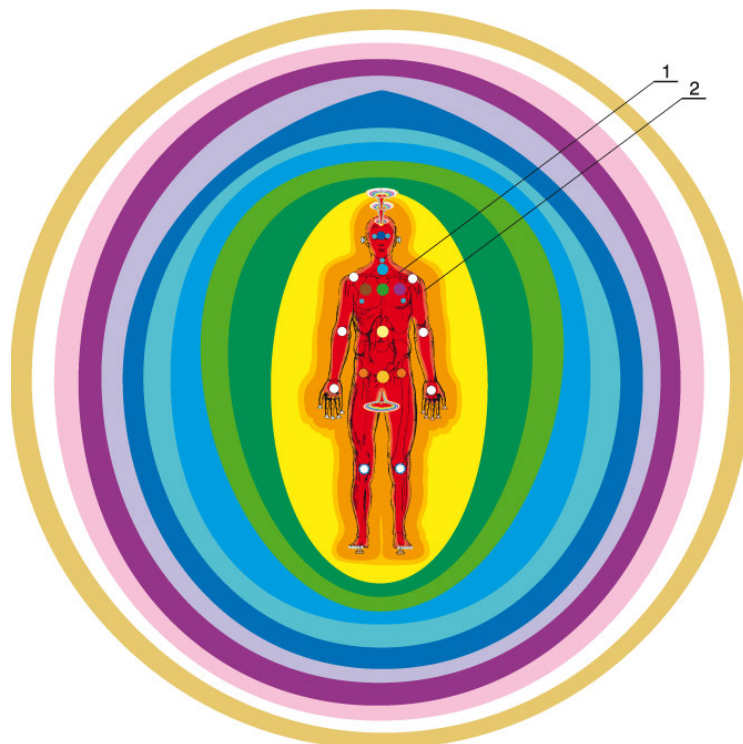
В процесі еніопедагогічного, еніоанатомічного, еніопсихічного та еніомедичного впливу на людину світлосяючими червоними інформаційно-енергетичними матеріями за посередництвом і за допомогою світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла реагує не лише світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло, але й червоне, оранжеве, світлосяюче оранжеве, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальні тіла та світлосяюча червона голографічна інтеграція тонкоматеріальних тіл. Світлосяючими червоними інформаційно-енергетичними матеріями можливо свідомо і цілеспрямовано впливати на людину не тільки через світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло, але й через окремо взяте червоне, оранжеве, світлосяюче оранжеве, бузкове, фіолетове, рожеве, біле і золоте тонкоматеріальне тіло, а також інтегрально через світло сяючу червону голографічну інтеграцію тонкоматеріальних тіл з акцентом на будь-яке тонкоматеріальне тіло голографічної інтеграції з різною поступністю, синхронно, асинхронно, ритмічно, аритмічно, з однаковою чи різною інтенсивністю і силою, короткочасно, довготривало, з різною кількістю тіл, з різноманітними комбінаціями цих тіл і цілою світлосяючою червоною голографічною інтеграцією тонкоматеріальних тіл. Наслідком цього буде різна ефективність дії еніоанатомічних, еніопедагогічних, еніофізіологічних, еніопсихічних, еніобіологічних, еніотерапевтичних, еніомедичних та інших еніотехнологій, еніометодів і еніозасобів.

Єдність матеріального і духовного в людині, інтегральність червоних інформаційно-енергетичних рівнів Буття людини, Землі і Всесвіту, духовний розвиток та духовність соціально- біотичних проявів людини можливо забезпечити спеціальними методами цільового впливу світло сяючими червоними інформаційно-енергетичними матеріями на світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло і на тонкоматеріальні тіла у структурах яких вроджено присутня світло сяюча червона інформаційно-енергетична матерія. **Тільки при умові** розвинутого світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла та його виваженої структурно-функціональної симетричності з усіма тілами людини можливо в повній мірі використати інформаційно-енергетичний потенціал світлосяючих червоних діапазонів електромагнітного спектра інформаційно-енергетичних полів людства, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту, Бога, Духа Святого, Ісуса Христа, Божої Матері для свого духовного розвитку, виховання, навчання, тренування, лікування, регенерації, реабілітації, рекондиції і для формування відповідних духовних, професійних, інтелектуально-ментальних, емоціональних, моральних, етичних, естетичних та соціально-біотичних властивостей, **бути невід'ємною** частиною Всесвітнього Буття світлосяючих червоних діапазонів електромагнітного спектра, а також постійно і безперервно здійснювати з ними інформаційно-енергетичний взаємообмін.



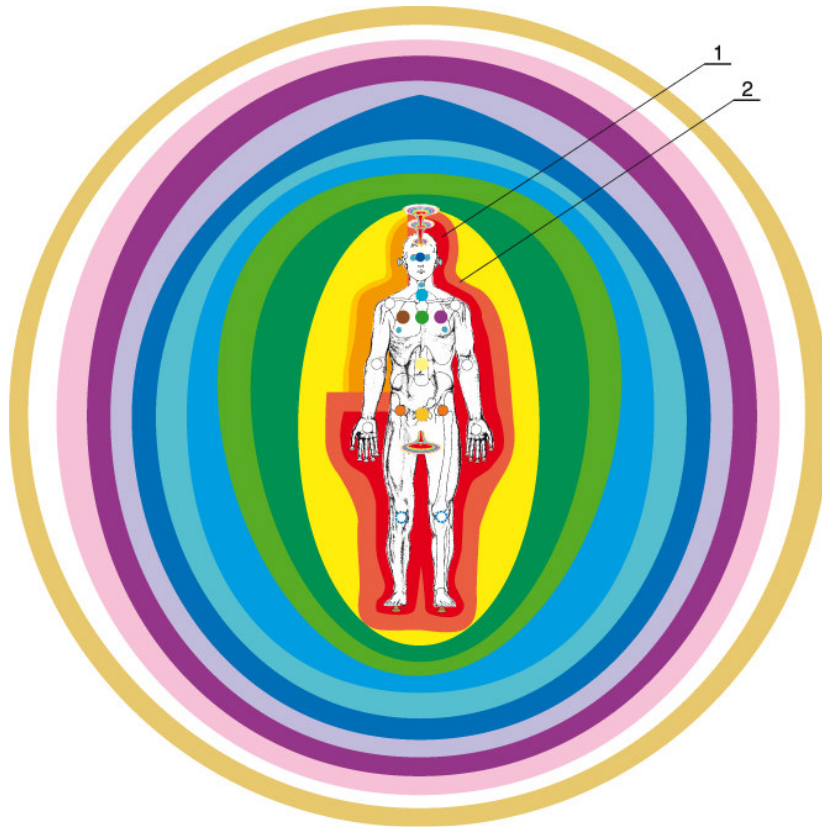
**Мал. 1 Світлююче червоне тонкоматеріальне тіло**

1 – світлююче червоне тіло; 2 – зовнішня частина світлюючого червоного тіла; 3 – внутрішня частина світлюючого червоного тіла; 4 – внутрішня оболонка світлюючого червоного тіла; 5 – зовнішня оболонка світлюючого червоного тіла



**Мал. 2 Гіпотрофія зовнішньої частини червоного і світлюючого червоного тонкоматеріальних тіл**

1 – червоне тонкоматеріальне тіло; 2 – світлююче червоне тонкоматеріальне тіло



**Мал. 3 Гіпертрофія зовнішньої частини червоного і світлосяючого червоного тонкоматеріальних тіл**

1 – червоне тонкоматеріальне тіло; 2 – світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло

Світлосяюче червоне і червоне тонкоматеріальне тіла належать до одного інформаційно-енергетичного рівня Буття, обидва тіла представляють у людині голографічно структурований і концентрований прояв всесвітньої об'єктивної реальності червоних діапазонів електромагнітного спектра. Тіла знаходяться в інформаційно-енергетичній єдності з Буттям, постійно і безперервно здійснюють з Буттям інформаційно-енергетичні взаємобміни за посередництвом своїх зовнішніх оболонок, червоних чакрових конусів усіх чакр і червоних фільтраційних мембран зіркових каналів. Червоні тіла представляють голографічну єдність, взаємозалежні, еніоанатомічно ідентичні, функціонально доповнюють одне одного, одночасно обумовлюють морфогенетичні процеси, однакові функції фізичного тіла, властивості, особливості, здібності, функціональні можливості, духовність, душевність і ПСІ-феноменальність людини. Основою тіл являються ідентичні для людини інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми червоних діапазонів електромагнітного спектра інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища. Ці тонкі матерії є людського, земного, космічного і божественно-духовного походження з минулого, теперішнього і майбутнього часу.

### **Гіпотрофія та гіпофункція зовнішньої частини світлосяючого тонкоматеріального тіла**

**Гіпотрофія зовнішньої частини світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла** це такий еніоанатомічний стан, при якому зовнішня частина світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла зменшується до розміру зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла і внутрішніх частин тонкоматеріальних тіл з довготривалою функціональною пасивністю.

**Гіпотрофія та гіпофункція зовнішньої частини світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла** (мал.2) дезінтегрує та послаблює структурно-функціональну єдність



фізичного тіла із світлосяючим червоним тілом та світлосяючою червоною голографічною інтеграцією тонкоматеріальних тіл, послаблює світлосяючу червону голографічну інтеграцію тонкоматеріальних тіл, зменшує об'єм інформаційно-енергетичного взаємобміну у світлосяючих червоних діапазонах електромагнітного спектра, послаблює прояв усіх властивостей, особливостей, здібностей і функціональних можливостей, обумовлених світлосяючим червоним тонкоматеріальним тілом та світлосяючими червоними інформаційно-енергетичними матеріями. **Виникає дефіцит** інформацій, мікрочасток, світла, енергії, інформаційно-енергетичних субстанцій та інформаційно-енергетичних біоплазм світлосяючих червоних діапазонів електромагнітного спектра в індивідуально-універсальній життєвій інформаційно-енергетичній біоплазмі, у специфічних та високоспецифічних світлосяючих червоних і червоних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах, унеможливується вдосконалення та універсальний розвиток світло-сяючого червоного тонкоматеріального тіла, світлосяючої червоної, червоної, оранжевої, світло-сяючої оранжевої, бузкової, фіолетової, рожевої, білої і золотой голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл. Гіпотрофія та гіпофункція зовнішньої частини світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла **на фізичному рівні** людини проявляється **сповільненням розвитком**, у більшій мірі, органів і тканин, у меншій мірі, клітин і мікроструктур клітин, **послабленням** голографічної єдності фізичного тіла, червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, **значним зменшенням** потенціальних можливостей людини, її соціальних, біотичних, психічних і ПСІ-феноменальних властивостей, духовною пасивністю, **переорієнтацією** на антидуховний розвиток, **негативними** соціальними, біотичними і психічними проявами, а **на тонкоматеріальному рівні** супроводжується **послабленням** інтеграції світлосяючих червоних інформаційно-енергетичних рівнів Буття людини, інформаційно-енергетичної єдності людини з інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища, та **зменшенням** інформаційно-енергетичного взаємобміну з духовними рівнями Буття людства, Землі, Всесвіту, Бога, Духа Святого, Ісуса Христа і Божої Матері.

### **Гіпертрофія та гіперфункція зовнішньої частини світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла**

**Гіпертрофія зовнішньої частини світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла** це такий еніоанатомічний стан, при якому зовнішня частина світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла збільшена до розмірів зовнішньої частини оранжевого, світлосяючого оранжевого, жовтого аж золотого тонкоматеріального тіла з довготривалим функціональним переваженням.

**Гіпертрофія та гіперфункція зовнішньої частини світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла** (Мал.3) посилює і прискорює формування структурно-функціональної голографічної єдності світлосяючого червоного тіла, світлосяючої червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл з фізичним тілом, **переповнює** світлосяючою червоною інформаційно-енергетичною матерією світлосяючу червону, червону, оранжеву, світлосяючу оранжеву, бузкову, фіолетову, рожеву, білу і золоту голографічні інтеграції тонкоматеріальних тіл, що може призвести до їх інформаційно-енергетичного самоблокування, порушує природні шляхи циркуляції інформаційно-енергетичних матерій, підвищує концентрацію інформаційно-енергетичних матерій аж до стану саморуйнування. Збільшує об'єм інформаційно-енергетичного взаємобміну у світлосяючих червоних і червоних діапазонах електромагнітного спектра, посилює прояв усіх властивостей, особливостей, здібностей та функціональних можливостей обумовлених світлосяючим червоним тонкоматеріальним тілом і світлосяючими червоними інформаційно-енергетичними матеріями. Виникає надлишок інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій та інформаційно-енергетичних біоплазм світлосяючих червоних і червоних діапазонів електромагнітного спектра в індивідуально-універсальній життєвій інформаційно-

енергетичній біоплазмі, специфічній та у високоспецифічних світлосяючих червоних і червоних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах. **Спочатку прискорюється вдосконалення і універсальний розвиток** світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла, світлосяючої червоної, червоної, оранжевої, світлосяючої оранжевої, бузкової, фіолетової, рожевої, білої і золотої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, а **потім сповільнюється** з ризиком виникнення саморуйнування. Гіпертрофія та гіперфункція зовнішньої частини світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла **прискорює**, в більшій мірі процес розвитку і диференціації морфологічних структур та функцій органів і тканин, в меншій мірі клітин і мікроструктур клітин фізичного тіла, **значно посилює** фізичне тіло. **Прискорює адаптацію та переорієнтацію** фізичного тіла на макро-морфофункціональному рівні органів і тканин. **Посилює** розвиток і прояв тих властивостей, особливостей, здібностей і функціональних можливостей людини, що обумовлені світлосяючим червоним та червоним тонкоматеріальними тілами. Довготривале гіперфункціонування зовнішньої частини світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла і спрямування свідомості людини на створення тільки матеріального добробуту підвищує небезпеку непомітної переорієнтації від духовності до антидуховності, інформаційно-енергетично забезпечує прояв властивостей зла, ненависті, агресії, насилля, призводить до втрати гуманного і перспективного соціального розвитку людини. Орієнтація на духовні цінності людського Буття поступово вирівнює гіпертрофію та гіперфункцію у структурному і функціональному розвитку зовнішньої частини світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла.

### **Специфічні функції світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла**

**Пояснення та інтерпретація специфічних функцій світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла:**

1. **Морфогенетична функція** світлосяючого червоного тіла проявляється, як утворюючий і формуючий процес анатомічних і морфологічних макроструктур, у більшій мірі органів і тканин, в меншій мірі клітин та органел. Світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло в онтогенезі людини забезпечує реалізацію відповідного рівня вродженого голографічного причинно-наслідкового індивідуального росту, розвитку, диференціації структур та функціонування тканин і органів, активно допомагає червоному тонкоматеріальному тілу реалізувати ці процеси на рівні систем організму і фізичного тіла людини. Ріст, розвиток і формування анатомії, морфології та фізіології людини забезпечується, контролюється і реалізується первинною голографічною анатомо-морфоутворюючою матрицею світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла, інтегральною голографічною матрицею тонкоматеріальних тіл і генетичною програмою під контролем нервової системи. Морфогенетичну функцію необхідно одночасно сприймати і пояснювати як специфічну та ідентичну.
2. В онтогенезі людини інформаційно, енергетично і специфічними світлосяючими червоними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами **утримуються, оновлюються і захищаються** індивідуальні анатомо-морфофункціональні норми будови, форми, структури та функції тканин і органів від розпаду, знищення, патологічно-деструктивних змін і мутацій під час хвороб, травм, впливу патогенних і негативних факторів. Світлосяюче червоне тіло своїми світлосяючими червоними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами допомагає червоному тонкоматеріальному тілу реалізувати ці процеси на рівні систем організму та фізичного тіла.
3. **Метаболічна функція** проявляється безпосереднім впливом інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій і специфічних світлосяючих червоних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла на характер метаболізму, обміну речовин та інформаційно-енергетичний взаємообмін в тканинах і органах фізичного тіла. Ця функція проявляється і метаболізмом в більшій мірі світлосяючих червоних, ніж червоних інформаційно-

енергетичних матерій, потрібних для забезпечення функціонування світлосяючого червоного, червоного, оранжевого, світло сяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, світлосяючої червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл. Метаболічну функцію слід одночасно сприймати і пояснювати як специфічну та ідентичну.

4. **Кінетична функція** проявляється первинним голографічним інформаційно-енергетичним формуванням функції у структурах світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла з наступною передачею голографічно сформованих функцій тканинам, органам і людині для їх практичної реалізації. Початок відповідної функціональної діяльності тканин і органів з будь-яким проявленням спочатку відбувається у структурах світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла та світлосяючої червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, а потім в тканинах і органах фізичного тіла. Кінетичну функцію потрібно одночасно сприймати і пояснювати як специфічну та ідентичну.
5. **Коректувальна функція** проявляється адекватним інформаційним, енергетичним, інформаційно-енергетичним забезпеченням сили, інтенсивності, тривалості, поступовості та послідовності виникнення або одночасного виникнення, збалансованого співвідношення активності та пасивності функції тканин, органів, фізичного тіла і людини, а також їх переорієнтації і адаптації до мінливих умов зовнішнього середовища, життєздатності, життєдіяльності, росту тканин, органів і фізичного тіла та розвитку людини. Коректувальну функцію слід одночасно сприймати і пояснювати як специфічну та ідентичну.
6. Морфогенетична, метаболічна, кінетична, коректувальна функції, функція забезпечення індивідуальної генетичної та інформаційно-енергетичної червоної і світлосяючої червоної ідентичності людини, функція забезпечення біотичного та інформаційно-енергетичного червоного і світлосяючого червоного імунітету людини **уможливорюються спільним функціонуванням** фізичного тіла і світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла. Ці функції посилюють, розширюють і вдосконалюють інші тонкоматеріальні тіла.
7. В процесі онтогенетичного розвитку людини, у світлосяючому червоному тонкоматеріальному тілі **утримуються і зберігаються** індивідуальна генетична інформація, світлосяюча червона інформаційно-енергетична ідентичність людини, інформація анатомії, морфології та фізіології фізичного тіла, особливо тканин і органів.
8. Інформаційно, енергетично, інформаційно-енергетично **обумовлюється** інформаційно-енергетична ідентичність, індивідуальність, імунітет і гомеостаз у світлосяючому червоному діапазоні електромагнітного спектра. Приймає участь в обумовленні біотичного імунітету людини.
9. У червоному діапазоні електромагнітного спектра **захищає** від інформаційного, енергетичного та інформаційно-енергетичного знищення анатомію, морфологію та функції клітин, тканин і органів фізичного тіла.
10. **Захищає** фізичне тіло, внутрішнє середовище, клітини, тканини і структурно-функціональні одиниці органів, червоне і світлосяюче червоне тонкоматеріальні тіла від проникання до них негативних інформацій, біопатогенних, неприродних, нетипових та нехарактерних червоних і світлосяючих червоних інформаційно-енергетичних матерій, мікрочасток та мікроорганізмів.
11. **Допомагає** червоному тонкоматеріальному тілу **захищати людину** та її тіла від негативного впливу інфрачервоного випромінювання.
12. У світлосяючому червоному діапазоні електромагнітного спектра інформаційно-енергетично **очищає** світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло і фізичне тіло від негативних інформацій, біопатогенних, неприродних, невластивих, нехарактерних і нетипових інформаційно-енергетичних матерій світлосяючого червоного діапазону електромагнітного спектра та від шкідливих мікрочасток і мікроорганізмів.
13. **Трансформує, модулює, синтезує і транспортує** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми світлосяючих червоних діапазонів електромагнітного спектра і випромінює їх до зовнішнього середовища.

14. **Декодує і кодує** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми світлосяючого червоного діапазону електромагнітного спектра інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища для морфогенетичних і функціональних потреб тканин, органів, фізичного тіла і світлосяючої червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл.
15. **Перерозподіляє** інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми світлосяючого червоного діапазону електромагнітного спектра між клітинами, клітинами і тканинами, між тканинами, між тканинами і органами, між органами фізичного тіла, між фізичним тілом і тонкоматеріальними тілами, між еніоструктурами світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла та між тонкоматеріальними тілами світлосяючої червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл.
16. **Забезпечує** інформаційно-енергетичний взаємообмін у світлосяючому червоному діапазоні електромагнітного спектра між тканинами, органами і тонкоматеріальними тілами, між системами організму, фізичним тілом і тонкоматеріальними тілами, між тілами світлосяючої червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл і тонкоматеріальних тіл з ідентичними для людини інформаційно-енергетичними полями людей, тварин, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і Духовного Буття.
17. **Передає** фізичному тілу, червоному, світлосяючому червоному, оранжевому, світлосяючому оранжевому, бузковому, фіолетовому, рожевому, білому і золотому тонкоматеріальному тілу потрібну кількість морфогенетичних інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних субстанцій та інформаційно-енергетичних біоплазм світлосяючого червоного діапазону електромагнітного спектра.
18. **Забезпечує** у світлосяючих червоних діапазонах електромагнітного спектра інформаційно-енергетичний **перехід** між низькочастотними і високочастотними інформаційно-енергетичними рівнями Буття, між фізичним тілом, червоним, світлосяючим червоним, оранжевим, світлосяючим оранжевим, бузковим, фіолетовим, рожевим, білим і золотим тонкоматеріальними тілами, між тонкоматеріальними тілами та інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища.
19. **Помагає** червоному тонкоматеріальному тілу інформаційно, енергетично та інформаційно-енергетично **обумовлювати** автоматичні і автономні функції фізичного тіла.
20. **Уможливорює** симбіоз світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла з фізичним тілом у світлосяючих червоних діапазонах електромагнітного спектра. **Без цього симбіозу неможливий прояв біотичного життя людини і умовх Землі.**
21. **Являється основою** для створення світлосяючої червоної голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл і бере участь в утворенні червоної, світлосяючої червоної оранжевої, світлосяючої оранжевої, бузкової, фіолетової, рожевої, білої і золоті голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл. **Без світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла неможлива світлосяюча червона голографічна інтеграція тонкоматеріальних тіл.**
22. **Утворює** специфічну і високоспецифічні світлосяючі червоні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми і бере участь у створенні індивідуально-універсальної життєвої інформаційно-енергетичної біоплазми.
23. У світлосяючих червоних діапазонах електромагнітного спектра безперервно **випромінює** у зовнішнє середовище інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми людини і, таким чином, бере участь у створенні її життєвого інформаційно-енергетичного середовища, наповнює новим інформаційним змістом і енергетично посилює інформаційно-енергетичні поля зовнішнього середовища, особливо індивідуальне психічне поле, родинне психічне поле, психічні поля соціальних груп, духовні поля людства, універсальне психічне поле Землі, універсальне психічне поля Всесвіту та єдине інформаційно-енергетичне поле Всесвіту.
24. У світлосяючих червоних діапазонах електромагнітного спектра **бере участь** в утворенні індивідуального інформаційно-енергетичного біоплазматичного поля людини.

25. **Створює** інформаційно-енергетичну основу для розуміння різноманітних соціально-економічних процесів держави і суспільства, для досягнення високого державного, соціального та економічного становища, для здатності брати на себе відповідальність і приймати оптимальні рішення при створенні матеріального добробуту.
26. **Розширює і посилює** інформаційно-енергетичну основу яснобачення, психокінезу і ПСІ-феноменального цілительства.
27. Світлосяюче червоне тонкоматеріальне тіло **вільно проникає** через червоне тонкоматеріальне тіло і фізичне тіло з якими голографічно з'єднується і перебуває в симбіозі і утворює голографічну структурно-функціональну єдність. При прониканні світлосяючого червоного тіла крізь червоне тіло, воно повторює його форму, структуру і внутрішню архітектоніку і на інформаційному рівні перебирає його функції та утворює з ним вторинне ідентичне світлосяюче червоно-червоне тонкоматеріальне тіло.
28. **Приймає, декодує, кодує і зберігає** у світлосяючому червоному діапазоні електромагнітного спектра інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні субстанції та інформаційно-енергетичні біоплазми необхідні для росту і розвитку фізичного тіла, червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого тонкоматеріальних тіл, для формування всебічно розвинутої, здорової, високо професійної, прагматичної, відповідальної, активної, духовної, свідомої, високоморальної, етичної і невтомної людини.
29. У світлосяючому червоному діапазоні електромагнітного спектра світлосяюче червоне тіло своєю внутрішньою частиною **формує і відображає** усі ультра-, мікро-, макроанатомічні та морфофункціональні структури фізичного тіла та еніоструктури червоного тіла. Фізичне тіло у **світлосяючому червоному** тілі представлено 2 рази у його внутрішній частині: один раз у первинній світлосяючій червоній голографічній матриці, а другий раз – у вторинній світлосяючій червоно-червоній ідентичній голографічній матриці.

**Продовження у випуску 31 (97)**

## ЛІТЕРАТУРА

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

**В.І. КОВЦУН, Ю.М.ПАНИШКО,  
Н.П.ЛІБОВИЧ, В.В.КОВЦУН**

**ВДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНІКО-ТАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНOSTІ  
КВАЛІФІКОВАНИХ ВОЛЕЙБОЛІСТОК**

*Стаття присвячена проблемам підготовки кваліфікованих волейболісток.*

*Ключові слова: волейболістки, змагальна діяльність, підготовка.*

*Статья посвящена проблемам подготовки квалифицированных волейболисток.*

*Ключевые слова: волейболистки, соревновательная деятельность, подготовка.*

*This article is devoted to the problems of training of skilled volleyball players.*

*Key words: volleyball, competitive activity, training*

**Актуальність теми.** Сучасний волейбол і специфіка змагальної діяльності пред'являють високі вимоги до дій спортсменів: гравець повинен чітко прогнозувати ігровий епізод, ігрову ситуацію і весь матч в цілому; по можливості володіти інформацією про якість ігрової підготовленості суперників та їх потенційні можливості; уміти управляти собою в складних ігрових ситуаціях команди.

Однією з особливостей спортивної підготовленості кваліфікованих волейболісток на сучасному етапі є формування командних дій, вибір та вдосконалення найбільш раціональних тактичних схем в організації атакуючих та захисних дій команди (Ю.В.Шиховцев, 1995; М.В.Савин, 1993; А.В.Беляева, М.В.Савина, 2009; Ю.Н.Клещев, 1988; Ф.П.Сулова, В.Л. Сыга, Б.Н.Шустина, 1995), формування психічної готовності, ефективність дій в екстремальних умовах змагальної діяльності (В.П.Фомин, Н.А.Фомин, 1980; С.С.Єрмаков, 2000, 2009).

Тому сьогодні для підготовки кваліфікованих волейболісток ставиться не стільки кількісна, як якісна сторона тренувальних вправ, їх відповідність тим завданням, які вирішуються окремими волейболістками і командою в цілому під час поєдинку на спортивному майданчику (М.А.Годик, 1980; Ф.П.Сулов, Ж.К.Холодов, 1997; А.В.Беляев, 1992, 1994, 1995, 2000; Ю.Н.Клещев, 2005, 2009).

Одним з перспективних напрямів вирішення цієї проблеми є розробка і впровадження комплексу ігрових вправ з техніко-тактичної підготовленості кваліфікованих волейболісток, що моделюють зміст і умови змагальної діяльності.

### **Організація педагогічного експерименту**

Експериментальне дослідження проводилось з 2012 по 2014 рр. з двома волейбольними командами, що беруть участь в офіційних змаганнях Чемпіонату першої студентської та Вищої аматорської ліги України з волейболу серед жіночих команд (група «Б»).

При цьому контрольну групу склали 15 волейболісток команди «КПШ» (м. Київ), а в експериментальну групу увійшли 15 волейболісток команди «ЛДУФК-СКІФ-Спартак» (м. Львів).

У волейболі для команд високої кваліфікації визначаються два спортивні сезони - зимовий та літній, внаслідок чого передбачається два цикли підготовки та участі в змаганнях. Залежно від того, в якому з них плануються головні змагання для цієї команди, один цикл буде головним, інший - підлеглим, пов'язаним з підготовкою до менш значущих змагань. При цьому побудова та зміст тренувального процесу визначаються календарем змагань. Підготовка гравців до змагання включає тренувальний процес в трьох періодах: підготовчому, змагальному та перехідному .

З урахуванням цього структура навчально-тренувального процесу команди «КПШ» (м. Київ), волейболістки якої входили до контрольної групи, та команди «ЛДУФК-СКІФ-Спартак» (м. Львів), волейболістки якої входили до експериментальної групи, була визначена таким чином: підготовчий період включав три етапи: етап базової фізичної підготовки (з 24

липня по 19 серпня 2013 року), етап техніко-тактичної підготовки (з 20 серпня по 18 вересня 2013 року); етап підготовки (з 19 вересня по 12 жовтня 2013 року) передзмагальний. Період змагальний тривав з 13 жовтня 2013 року по 15 квітня 2014 року.

Показники об'єму та інтенсивності тренувальних навантажень обох команд у рамках структурних одиниць навчально-тренувального процесу (мікроциклів, етапів та періодів) істотно не розрізнялися.

У дослідженнях В. Ю. Зубкова виявлено, що в тренуванні висококваліфікованих волейболісток в змагальному періоді перевага повинна віддаватися аеробним та анаеробно-аеробним навантаженням. З урахуванням цього відносний об'єм вправ аеробного характеру в констатуючому та формувальному педагогічному експерименті становив 29- 34 % та 51-56 % - аеробно-анаеробного характеру.

Відповідно до рекомендацій фахівців у змагальному періоді в порівнянні з підготовчим періодом для досягнення високого рівня адаптації спортсменок до специфічних змагальних навантажень знижувався об'єм, та одночасно, збільшувалася інтенсивність тренувальних навантажень, як в контрольній групі, так і в експериментальній. Це здійснювалося переважно через використання вправ, які виконувалися в режимі максимальної інтенсивності, техніко-тактична структура яких відповідала окремим фрагментам ігрового процесу.

Істотні відмінності полягали в об'ємі тренувального навантаження, що виділяється на ігрову підготовку (таблиця 1). Навчально-тренувальний процес під час констатуючого педагогічного експерименту здійснювався із застосуванням традиційного кола тренувальних вправ з техніко-тактичною спрямованістю, які широко описані в спеціальній літературі [3, 8, 10].

Таблиця 1

**Розподіл об'єму тренувального навантаження по видах підготовки в констатуючому та формуючому педагогічних експериментах, в %**

Види підготовки	Групи	Підготовчий період			Змагальний період	
		Етап фізичної підготовки	Етап спеціалізованої підготовки	Перед змагальний етап	I тур	II тур
Фізична	К	42,5	25,6	20,4	15,8	12,5
	Е	42,0	26,7	20,1	16,4	12,0
Технічна	К	28,1	28,2	25,6	30,2	27,5
	Е	29,4	20,9	18,9	15,6	14,1
Тактична	К	14,6	26,1	27,5	26,2	26,6
	Е	10,2	25,4	15,5	23,4	20,1
Ігрова	К	14,8	20,1	26,5	27,8	33,4

Примітка: в чисельнику приведений розподіл навантаження в контрольній групі, в знаменнику - в експериментальній групі.

В процесі формуючого педагогічного експерименту у великому об'ємі застосовувалися розроблені нами ігрові вправи, що моделювали умови для практичної реалізації та вдосконалення атакуючих та захисних комбінацій сучасного волейболу.

При цьому на етапі базової фізичної підготовки в ході теоретичних занять заздалегідь вирішувалося завдання формування знань та уявлень про розумуванні тактичних ігрових комбінацій нападаючого плану («хрест»; «зворотний хрест»; «зона»), блокуванні та захисних дій на задній лінії.

Велика увага також приділялася вдосконаленню індивідуальних техніко-тактичних дій, які становили зміст цих комбінацій, а також поглиблювалися знання та уявлення про роль та місце цих дій в структурі розіграваних тактичних комбінацій, формувалися уміння погоджувати свої індивідуальні техніко-тактичні дії з діями інших гравців, що беруть участь в здійсненні тієї або іншої тактичної комбінації.

Методика вирішення цих завдань техніко-тактичної підготовки представлена в 3 розділі при описі етапів: 1) формування орієнтовної основи; 2) вдосконалення базових елементів групових тактичних дій.

Техніко-тактична підготовка на початку наступного етапу підготовчого періоду (етап спеціалізованої підготовки) була зосереджена на формуванні умінь виконувати групові тактичні дії в типовій ігровій ситуації при пасивних діях з боку суперника за умови детального та свідомого контролю. У міру засвоєння цих умінь здійснювався послідовний перехід до навчання волейболісток вибору та практичної реалізації найбільш раціональних варіантів групових тактичних дій з урахуванням змісту ігрової ситуації при активних діях з боку суперника, але в обмежених зонах, потім - при обмежених діях, але по усьому майданчику та нарешті, при довільних діях.

Хід рішення цих завдань представлений в 3 розділі опису етапу формування умінь виконувати групові тактичні дії.

На передзмагальному етапі підготовки вирішувалося завдання підвищення надійності та поміхостійких групових тактичних дій до збиваючих факторів через їх виконання в умовах, максимально наближених до змагань.

Методика рішення цієї задачі описана в 3 розділі (етап вдосконалення навичок групових тактичних дій).

У змагальному періоді широко застосовувалися усі розроблені нами ігрові вправи, при цьому велику частку (71,0 %) склали вправи, спрямовані на вдосконалення взаємодії волейболісток у рамках комбінацій атакуючого та захисного плану (таблиця 2.).

Таблиця 2.

**Розподіл об'ємів вправ техніко-тактичної спрямованості в структурі підготовчого та змагального періодів тренування у формувальному педагогічному експерименті, в %**

Спрямованість вправи	Підготовчий період			Змагальний період	
	Етап фізичної підготовки	Етап спеціалізованої підготовки	Перед змагальний етап	I тур	II тур
Вправи для вдосконалення базових групових елементів техніко-тактичних дій	55,4	28,9	25,3	25,0	18,4
Вправи для навчання вміння виконувати групові техніко-тактичні дії	38,8	53,6	29,4	16,2	10,6
Вправи для вдосконалення групових навичок техніко-тактичних дій	4,8	17,5	45,3	58,8	71,0

Показники фізичної та техніко-тактичної підготовки волейболісток обох команд визначалися на початку підготовчого та змагального періодів, після закінчення першого і другого туру змагань.

Вимірювання та оцінка показників змагальної діяльності обох команд, що брали участь в наших дослідженнях, проводилися за результатами аналізу відеозаписів 8 зустрічей, зіграних між собою: двох календарних ігор Чемпіонату першої студентської та Вищої аматорської ліги України з волейболу серед жіночих команд (групи «Б») в сезоні 2011-2012 рр., двох контрольних ігор, проведених на передзмагальному етапі підготовки, та чотирьох календарних ігор (першого та другого круга) в сезоні 2013 -2014 рр.



## Очікувані результати

Створений комплекс ігрових вправ, що моделює умови взаємодій змагальної діяльності кваліфікованих волейболісток при реалізації їх групових тактичних комбінацій, як атакуючого так і захисного плану;

Розроблена методика застосування комплексу нових ігрових вправ в техніко-тактичній підготовці жіночих волейбольних команд.

Покращена підготовленість кваліфікованих волейболісток команди «ЛДУФК-СКІФ-Спартак».

**Практична значущість.** За результатами дослідження в провадженні навчально-тренувальний процес комплекс ігрових вправ з техніко-тактичної підготовленості жіночих команд Вищої студентської ліги України, що створює оптимальні педагогічні умови, а саме: вдосконалення індивідуальної технічної майстерності волейболісток, а також підсилення комбінаційного стилю через значний обсяг та ефективність застосування тактичних комбінацій, підвищення результативності змагальної діяльності.

### Результати досліджень та їх обговорення

Показники фізичної підготовленості визначалися на початку підготовчого та змагального періоду, а також після першого та другого туру Вищої студентської та аматорської жіночої ліги України. Отримані результати представлені в таблиці 3.

Таблиця 3

#### Показники фізичної підготовленості спортсменок в контрольній та експериментальній групах ( $X \pm \sigma$ )

Тестові завдання	Показники фізичної підготовленості				
	Групи	на початку підготовчого періоду	на початку змагального періоду	після 1 туру	кінець змагального періоду
Біг до 4 точок, с	К	11,04 $\pm$ 0,16	10,95 $\pm$ 0,14	10,87 $\pm$ 0,16	10,90 $\pm$ 0,12
	Е	11,12 $\pm$ 0,17	10,98 $\pm$ 0,21	10,90 $\pm$ 0,19	10,93 $\pm$ 0,13
	Р	>0,05	> 0,05	> 0,05	>0,05
Біг 92 м, «ялиночка», с	К	23,22 $\pm$ 0,34	23,08 $\pm$ 0,31	23,09 $\pm$ 0,29	23,08 $\pm$ 0,26
	Е	23,19 $\pm$ 0,37	23,04 $\pm$ 0,36	23,06 $\pm$ 0,24	23,04 $\pm$ 0,25
	Р	> 0,05	> 0,05	>0,05	>0,05
Стрибок в довжину з місця, см	К	222,8 $\pm$ 6,8	232,3 $\pm$ 5,6	235,6 $\pm$ 5,7	232,7 $\pm$ 5,5
	Е	225,3 $\pm$ 7,2	234,6 $\pm$ 5,9	235,1 $\pm$ 6,3	234,0 $\pm$ 4,9
	Р	>0,05	>0,05	> 0,05	>0,05
Стрибок вгору з місця, см	К	41,2 $\pm$ 3,2	45,4 $\pm$ 3,0	46,2 $\pm$ 2,5	43,2 $\pm$ 2,8
	Е	42,1 $\pm$ 2,9	46,3 $\pm$ 2,7	46,9 $\pm$ 2,5	45,8 $\pm$ 2,9
	Р	>0,05	> 0,05	> 0,05	>0,05

Як видно із таблиці 3, всі групи, як експериментальна так і контрольна за рівнем фізичної підготовленості практично однакові.

Після проведення педагогічного експерименту спостерігається незначне покращення показників в швидкісних, швидкісно-силових якостях, загальної та спеціальної витривалості як у контрольній, так і в експериментальній групах.

Зокрема, результати в тестовій вправі «Біг до 4 точок», що відображає рівень розвитку спеціальних швидкісних якостей, покращилися в контрольній групі на 0,09 с, в експериментальній - на 0,14 с. Результати в тестовій вправі біг «ялинкою» 92 м, пов'язані з

проявом швидкісної витривалості, покращали за цей час в середньому на 0,14 с в контрольній групі, і на 0,15 с - в експериментальній групі. Істотно підвищилися в підготовчому періоді і показники швидкісно-силових якостей: в стрибку в довжину з місця на 9,5 см і на 4,2 см - в стрибку вгору з місця у в контрольній групі. У волейболісток, що займалися за експериментальною методикою, показники приросту склали відповідно 9,3 см і 4,2 см.

Відмінності між показниками фізичної підготовленості на початку підготовчого та змагального періодів статистично достовірні за непараметричним критерієм знаків ( $P < 0,01$ ), оскільки однонаправлені позитивні зміни в рівні розвитку фізичних якостей спостерігалися в усіх групах, як в контрольній, так і експериментальній.

У змагальному періоді відбувається відносна стабілізація показників розвитку фізичних якостей на досягнутому рівні ( $P > 0,05$  за критерієм знаків).

Порівняльний аналіз показників фізичної підготовленості, як в контрольній так і в експериментальній групі, не виявив істотних відмінностей.

У таблиці 4 приведені показники техніко-тактичної підготовленості спортсменок контрольної та експериментальної груп.

Встановлено, що на початку підготовчого періоду показники техніко-тактичної підготовленості, як контрольної так і експериментальної знаходяться на відносно низькому рівні - не перевищують 3 балів. При цьому якість виконання техніко-тактичних прийомів в констатуючому експерименті у спортсменок контрольної та експериментальної груп істотно не розрізнялося ( $P > 0,05$  по t -критерію Стьюдента).

У формульованому експерименті спостерігалось істотне ( $P < 0,01$  за не параметричним критерієм знаків) підвищення якості виконання «подачі» (на 0,19 бали), «нападаючого удару» (на 0,25 бали), «прийому м'яча в захисті» (на 0,26 бали) і «блокування» (на 0,11 бали) у експериментальній групі. Вищі темпи приросту цих показників виявлені у експериментальній групі (0,33; 0,39; 0,42 і 0,25 бали відповідно).

Таблиця 4.

**Динаміка показників техніко-тактичної підготовленості контрольної та експериментальної груп ( $\bar{X} \pm \sigma$ )**

Техніко-тактичні прийоми	Показники техніко-тактичної підготовленості, кількість успішних дій (з 5 спроб)				
	Групи	на початку підготовчого періоду	на початку змагальному періоді	після 1 круга змагань	у кінці змагальному періоді
Подача	К	2,83 ±0,22	3,02 ±0,33	3,25 ±0,27	3,23 ±0,27
	Е	2,85 ±0,25	3,18 ±0,30	3,43 ±0,29	3,57 ±0,31
	Р	>0,05	>0,05	<0,05	<0,01
Нападаючий удар	К	2,76 ±0,21	3,01 ±0,27	3,20 ±0,26	3,27 ±0,22
	Е	2,72 ±0,29	3,11 ±0,25	3,38 ±0,23	3,49 ±0,25
	Р	>0,05	>0,05	<0,05	<0,01
Прийом м'яча в захисті	К	2,52 ±0,33	2,78 ±0,43	3,04 ±0,39	3,12 ±0,36
	Е	2,57 ±0,30	2,99 ±0,24	3,35 ±0,27	3,52 ±0,22
	Р	>0,05	<0,05	<0,01	<0,01
Блокування	К	2,68 ±0,25	2,79 ±0,34	3,01 ±0,33	3,10 ±0,31
	Е	2,66 ±0,31	2,91 ±0,21	3,37 ±0,20	3,51 ±0,22
	Р	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01

Завдяки цьому до кінця підготовчого періоду перевага спортсменок експериментальної групи в якості виконання подач, нападаючих ударів і блокування починає проявлятися на рівні тенденції (3,18 проти 3,02 бали - в «подачі»; 3,11 проти 3,02 бали - в «нападаючому ударі», 2,91 проти 2,79 бали - в «блокуванні»). Вони істотно покращились в «прийомі м'яча в захисті» (2,99 бали проти 2,78 бали у контрольній групі).

У першій половині змагального періоду спостерігалось подальше підвищення якості виконання техніко-тактичних прийомів у контрольній групі (на 0,23 бали - в «подачі», 0,19 бали - в «нападаючому ударі», 0,26 бали - в «прийомі м'яча в захисті» і 0,22 бали - в «блокуванні»), як і у експериментальній групі (на 0,25 бали - в «подачі», 0,27 бали - в «нападаючому ударі», 0,36 бали - в «прийомі м'яча в захисті» і 0,46 бали - в «блокуванні»). Як видно з наведених даних, гравці експериментальної групи мали вищі темпи приросту якості виконання техніко-тактичних прийомів.

В результаті їх перевага до кінця першого туру змагань в якості виконання техніко-тактичних прийомів нападу стає достовірною на 5 % рівні значущості (3,43 проти 3,25 бали - в «подачі»; 3,38 проти 3,20 бали - в «нападаючому ударі»). Ще істотно виглядає їх перевага в рівні оволодіння захисними діями (3,35 проти 3,04 бали - в «прийомі м'яча в захисті», 3,37 проти 3,01 бали - в «блокуванні»).

У другій половині змагального періоді якість виконання техніко-тактичних прийомів в контрольній групі не змінилася, тоді як в експериментальній групі спостерігався істотний приріст цих показників: в «подачі» - на 0,14 бали; у «нападаючому ударі» - на 0,11 бали; у «прийомі м'яча в захисті» - на 0,17 бали; у «блокуванні» - на 0,14 бали.

Порівняльний аналіз показників якості виконання техніко-тактичних прийомів після закінчення обох експериментів свідчить про те, що експериментальна група, досягла більш високого рівня технічної майстерності (3,57 проти 3,23 бали - в «подачі»; 3,49 проти 3,27 бали - в «нападаючому ударі»; 3,52 проти 3,12 бали - в «прийомі м'яча в захисті», 3,51 проти 3,10 бали - в «блокуванні»).

Таким чином, при застосуванні традиційних засобів техніко-тактичної підготовки (у контрольній групі) відбувається істотний ріст якості виконання подач, нападаючих ударів, прийому м'яча в захисті та блокування в підготовчому періоді і першій половині змагального періоду. У другій половині змагального періоду спостерігається відносна стабілізація показників техніко-тактичної підготовленості на досягнутому рівні.

Тренування в підготовчому та змагальному періодах з використанням комплексу ігрових вправ призводить до збільшення темпів приросту показників техніко-тактичних прийомів у експериментальній групі та забезпечує вихід волейболісток на істотно вищий рівень техніко-тактичної підготовленості.

Як нами відзначалося, вимір та оцінка показників змагальної діяльності волейбольних команд, як контрольної так і експериментальної груп, проводилася на основі матеріалів відеозаписів ігор, що проводяться командами між собою.

Аналіз отриманих даних дозволив виявити рівень та динаміку формування групових тактичних дій обох волейбольних команд в нападі (тактичні комбінації «хрест», «зворотний хрест», «хрест-повернення», «зона») так і в захисті («груповий блок»).

Результати аналізу свідчать про відсутність до початку експериментальної роботи істотних відмінностей в частоті застосування атакуючих та захисних тактичних комбінацій в грі обох команд : «КПІ м Київ» - контрольна група, та «ЛДУФК-СКІФ-Спартак» - експериментальна група. Встановлено, що найчастіше обома командами в атакуючій грі застосовувалася тактична комбінація «зона» (до 7 разів в середньому за партію).

Групове блокування в організації захисних дій застосовувалося командами в середньому від 9 до 10 разів. Порівняно рідше розігрували тактичні комбінації «хрест» і «хрест-повернення» (в середньому не більше 2-3 разів). Комбінація «зворотний хрест» практично не застосовувалася (не більше 1-2 разів).

У контрольних іграх на етапі передзмагального підготовчого періоду частота застосування атакуючих комбінацій «хрест», «зворотний хрест» і «зона» командою «КПІ м

Київ» істотно зменшилася, незначне зниження цього показника виявлене по відношенню до комбінацій «зворотний хрест» і «груповий блок».

Змагальна діяльність пов'язана з участю в іграх першого туру в взаємодії з використанням в тренувальній діяльності традиційних техніко-тактичних вправ, привела до істотного (на 5 % рівні значущості) збільшення об'єму використання гравцями команди «ЛДУФК-СКІФ-Спартак» награних групових тактичних дій атакуючого плану: комбінації «хрест» - від 2,53 до 3,07 разу; комбінації «зворотний хрест» - від 1,12 до 1,56 разу; комбінації «хрест - повернення» - від 2,23 до 2,53 разу; комбінації «зона» - від 5,15 до 6,51 разу.

## ВИСНОВКИ

1. Однією з тенденцій розвитку теорії і методики спорту є реалізація установки на моделювання в тренуванні змісту і умов змагальної діяльності. Реалізація даної установки забезпечується через виконання вправ ігрового і змагального характеру.
2. В науково-методичній літературі з волейболу є частково розроблені спеціальні ігрові вправи з м'ячем, які не повною мірою відтворюють умови змагальної діяльності, що обмежують у вирішенні тактичних взаємодій волейболісток у рамках атакуючих і захисних тактичних комбінацій сучасного волейболу.
3. Застосування розроблених нами нових ігрових вправ здійснюється у рамках методики, яка є діючою системою і характеризується відносно цільовою спрямованістю, змісту структурних і функціональних компонентів., механізмів функціонування.
4. В якості засобу організації навчально-тренувального процесу використовується система теоретичних завдань і комплекс нових ігрових вправ. Виконання теоретичних завдань спрямоване на засвоєння знань:
  - 1) істотних ознак, що характеризують окремі типові ігрові ситуації;
  - 2) адекватних цим ситуаціям групових тактичних дій.Виконання ігрових вправ націлено на практичне оволодіння цими діями. Нові ігрові вправи підрозділяються на: а) групові вправи, що підводять;
  - б) власне ігрові вправи;
  - в) змагальні вправи.
5. У методиці застосування ігрових вправ виділяють етапи:
  - формування орієнтовної основи групових тактичних дій;
  - формування базових елементів групових тактичних дій;
  - формування уміння виконувати групові тактичні дії;
  - вдосконалення навиків групових тактичних дій.Кожен з етапів системно організований і характеризується, як будь-яка педагогічна система, з боку мети, змісту, засобів, методів техніко-тактичної підготовки і видів занять.
6. Розроблена нами методика застосування комплексу ігрових вправ з техніко-тактичної підготовки кваліфікованих волейболісток:
  - 1) робить такий же тренувальний ефект відносно швидкісних та швидкісно-силових якостей і спеціальної витривалості;
  - 2) приводить до істотного підвищення:
    - а) якості виконання волейболістками основних техніко-тактичних прийомів: "подачі" - від 3,14 до 3,57 бали, "нападаючого удару" - від 3,11 до 3,49 бали, "прийому м'яча в захисті" - від 3,17 до 3,52 бали, "блокування" - від 3,14 до 3,51 бали;
    - б) об'єму групових тактичних комбінацій, які використовує команда під час змагальної діяльності: "хрест" - від 4,07 до 9,50 рази; "зворотний хрест" - від 1,24 до 4,47 рази; "зворотний хрест" - від 1,41 до 6,54 рази; "зона" - від 6,93 до 11,51 рази; від 9,34 до 16,13 рази; загального об'єму - від 22,98 до 49,15 рази;
    - в) ефективності застосування в грі групових тактичних комбінацій : "хрест" - від 54,7 до 79,5 %; "зворотний-хрест" - від 51,2 до 69,4 %; "зворотний хрест" - від 46,8 до

70,4 %; "зона" - від 54,6 до 77,5 %; "груповий блок" - від 63,5 до 88,3 %; середньої ефективності - від 54,2 до 77,1 %;

## ЛІТЕРАТУРА

1. Айрапетянц Л.Р. Динамика тренировочных и соревновательных нагрузок высококвалифицированных волейболистов в годичном цикле подготовки: Автореф. дис.... канд. пед. наук. - М., 1981. - 23 с.
2. Амалин М.Е. Исследование вопроса тактической подготовки волейболистов-мастеров: Автореф. дис.... канд. пед. наук. - Тарту, 1973. - 23 с.
3. Амалин М.Е., Шилов А.С. Методика оценки соревновательной деятельности в спортивных играх //Теория и практика физической культуры. - 1980. - № 9. - С. 19-22.
4. Беляев А.В. Исследование соревновательных и тренировочных нагрузок в волейболе: Автореф. дис.... канд. пед. наук. - М., 1974. - 24 с.
5. Гжиб А.Г. Групповые тактические действия волейболистов в защите и методика их совершенствования: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. - М., 1989.-24 с.
6. Гикашвили Г.Л. Методика определения напряженности соревновательной деятельности в волейболе: Автореф. дис.... канд. пед. наук. - М., 1990. -20 с.
7. Годик М.А., Айрапетянц Л.Р. Содержание и организация комплексного контроля в волейболе. - М.: Физкультура и спорт, 1983. - 133 с.
8. Ермаков С.С. Структура основных технических приемов игры в волейбол как система ударных движений: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. - М., 1991.- 24 с.
9. Железняк Ю.Д. К мастерству в волейболе. - М.: Физкультура и спорт, 1978.-224 с.
10. Железняк Ю.Д., Шулятьев В.М. Структура соревновательной игровой деятельности как основа построения тренировочного процесса волейболистов //Теория и практика физической культуры. - 1988. - № 6. - С. 32-35.
11. Зациорский В.М. Основы спортивной метрологии. - М.: Физкультура и спорт, 1979.- 150 с.
12. Зубков В.Ю. Динамика специальной работоспособности волейболистов высокой квалификации в соревновательном периоде и средства ее стабилизации: Автореферат дис ... канд. пед. наук. - М., 2000. - 157 с.
13. Казьмин В.И. Методы повышения эффективности группового взаимодействия волейболистов: Автореф. дис.... канд. пед. наук. - М., 1983. - 24 с.
14. Келлер В.С. Деятельность спортсменов в вариативных конфликтных ситуациях. - Киев: Здоровья, 1977. - 181 с.
15. Клещев Ю.Н. Управление тренировочным процессом в системе многолетней подготовки команд высших разрядов по волейболу: Учебное пособие. - М.: РИО ГЦОЛИФК, 1983. - 34 с.
16. Маслов В.В. Повышение эффективности индивидуальной тактической подготовки волейболистов в атакующих действиях: Автореф.дис... канд. пед. наук. - М., 1986, - 23с.
17. Матижев П.В. Применение игровых упражнений в технико-тактической подготовке высококвалифицированных волейбольных команд: Автореферат дис. ... канд. пед. наук. - Чебоксары., 2004. -24 с.
18. Платонов В.Н. Современная спортивная тренировка. - Киев: Здоровье, 1980.-386 с.

**Н.В. МАЛЯРСЬКА, Ю.М.ПАНИШКО, Р.Я.ВІВЧАР,  
М.С.ШАРАБУРА, В.Є.ЛЕСЬКІВ.  
БІЛЬ СПИНИ: ПРИЧИНИ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ**

*Доки людина відчуває біль - вона жива.  
Доки людина відчуває чужий біль - вона людина.  
Франсуа Гізо*

*В статті представлено інформацію про причини болю спини, найчастіші захворювання хребта, внутрішніх органів, інших структур людського організму, які викликають біль. Представлено діагностичні критерії болю спини, диференційні ознаки, сучасні методи діагностики та підходи до лікування цієї недуги.*

*Ключові слова: біль спини, причини болю, діагностика, дослідження, лікування.*

*В статье изложено информацию о причинах боли спины: заболеваниях позвоночника, внутренних органов и других составляющих человеческого тела, которые вызывают боль. Указано диагностические критерии боли спины, дифференциальные особенности, современные методы диагностики и подходы к лечению этого симптома.*

*Ключевые слова: боль спины, причины боли, диагностика, исследование, лечение.*

*The article presents information on the causes of back pain, the most common diseases of the spine, internal organs and other structures of the human body that cause pain. Presents diagnostic criteria for back pain, differential features, modern diagnostic methods and approaches to treatment of this disease.*

*Key words: pain back, pain causes, diagnosis, research and treatment.*

**Актуальність теми:** Біль спини (БС) – основна причина звернення хворих до лікарів різного профілю: сімейних лікарів, терапевтів, неврологів, ревматологів, гінекологів та ін. Під цим синдромом (low back pain, люмбалгія) розуміють біль, який локалізований між XII парною ребер і сідничними складками. Поширеність (БС) складає від 40 до 80%. Частіше хворіють чоловіки віком від 35 до 44 років та жінки – від 25 до 34 років. У 80% хворих БС зникає під час лікування за декілька тижнів або місяців, а у 20% – має хронічний перебіг. БС у населення розвинених країнах, за даними експертів ВООЗ, досяг розмірів неінфекційної епідемії, і у більшості випадків пов'язаний зі збільшенням навантаження на людину. Популяційні дослідження виявили зв'язок БС з такими факторами, як стать, вік, постава, м'язова сила, рухливість хребта. Проблема БС у осіб молодого та середнього працездатного віку має велике соціально-економічне значення.

Поперекова зона спини, що включає хребет і м'язово-сухожилковий апарат несе на собі основне навантаження для підтримання тіла у вертикальному положенні, відповідає за фізіологічну рухливість всього тіла і захищає внутрішні органи.

Біль у нижній частині спини, як правило, пов'язана з патологією кісткових структур самого хребта, міжхребцевих дисків, зв'язкового апарату, спинного мозку і нервів, м'язів поперекової ділянки, внутрішніх органів черевної порожнини і малого тазу, а також шкіри в цій зоні.

Першим кроком для розуміння причин, що привели до виникнення болю в попереку, є докладне вивчення анатомії цієї ділянки. Найважливіші структурні компоненти попереку, які беруть участь у виникненні болю - це хребці, міжхребцеві диски, зв'язки навколо дисків і хребців, спинний мозок, нервові стовбури, м'язовий апарат, внутрішні органи малого тазу і черевної порожнини, шкіра, що покриває поперекову зону.

Кісткові елементи поперекового відділу хребта утворені так, що, зв'язуючись один з одним, вони забезпечують стійку, але рухому опору для тіла, і при цьому захищають спинний мозок від зовнішніх впливів. Спинний мозок – це масивне утворення з нервових клітин і

волокон, яке простягається від головного мозку вздовж всього хребетного стовпа. Кожен хребець має остистий відросток, розташований позаду спинного мозку. Остистий відросток є першим захисним бар'єром спинного мозку від зовнішніх впливів. Тіла хребців розташовуються попереду спинного мозку і служать платформою для підтримки всіх органів і тканин, розташованих вище рівня тазу. Крижова частина хребта з двох сторін з'єднується з клубовими кістками за допомогою крижово-клубового зчленування.

Міжхребцеві диски служать для амортизації з'єднань між тілами хребців. Вони допомагають мінімізувати надмірні зовнішні впливи на хребет. Кожен диск має хрящову основу з центральним пульпозним ядром більш м'якої консистенції, яке оточене жорстким зовнішнім фіброзним кільцем. Центральна частина диску здатна випинатися через фіброзне кільце, приводячи до подразнення прилеглих нервових корінців, формуючи картину попереково-крижового радикулоневриту.

Зв'язковий апарат представлений міцними сполучнотканинними волокнами, які надійно з'єднують між собою хребці і оточують також міжхребцеві диски.

Нерви, які забезпечують чутливість і рухову активність м'язів попереку і нижніх кінцівок (стегон, гомілок, стоп, пальців), залишають межі хребетного стовпа через спеціальні отвори між кістками. Більшість м'язів, відповідальних за згинання, розгинання і ротацію попереку, а також за переміщення нижніх кінцівок, приєднані до поперекового відділу хребта за допомогою сухожилків.

Черевна аорта і кровоносні судини, що забезпечують кровопостачання нижніх кінцівок, проходять попереду від поперекового відділу хребта з черевної та тазової порожнини. По ходу кровоносних судин розташовуються лімфатичні вузли, а також волокна вегетативної нервової системи, які відповідають за діяльність сечового міхура і кишківника.

У жінок найважливішими органами малого тазу є матка і яйники — вони знаходяться попереду тазового відділу хребта. У чоловіків у цій же зоні розташовується передміхурова залоза. Нирки займають ділянку по обидва боки від поперекового відділу хребта.

Шкіра поперекової ділянки отримує іннервацію від спинномозкових нервів, що виходять з хребетного стовпа.

Поперековий відділ хребта виконує ряд найважливіших функцій для всього організму: забезпечує опору, поставу, рухи та захист внутрішніх органів.

Найбільш поширеними причинами виникнення болю в попереку є:

- спадкова схильність (найбільш поширеною причиною болю в попереку є остеохондроз хребта. Даний діагноз – це не зовсім хвороба. Остеохондроз хребта – це раннє старіння органів опорно-рухової системи. Дана схильність передається у спадок. Завдяки стрімкому розвитку медицини, можна вчасно запобігти розвитку остеохондрозу, і позбавити себе від неприємних відчуттів в нижній частині спини).

- Харчування (якщо у вашому раціоні харчування відсутня корисна і здорова їжа, ви можете страждати від болю спини. З чим це пов'язано? Не отримуючи необхідну кількість вітамінів і поживних речовин, ви можете зіткнутися з проблемами органів травлення. Дана проблема перешкоджає нормальному процесу засвоєння їжі, і, як результат, сприяє розвитку дефіциту вітамінів. А поживні речовини і вітаміни необхідні для регенерації хрящової і кісткової тканини. Всім відомо, що при неправильному харчуванні з'являється зайва вага – а це додаткове і зовсім непотрібне навантаження на виснажений (без вітамінів та поживних речовин) хребет.

- спосіб життя – малорухливий (хребет має потребу в постійному русі. У нашому сучасному суспільстві більшість людей веде «сидячий» спосіб життя – в автомобілі, в офісі, за комп'ютером, перед телевізором. При цьому хребет тривалий час знаходиться в напруженні, в ньому порушується кровообіг, хрящі і кісткова тканина недоотримують необхідні мікроелементи, що сприяють розвитку остеохондрозу.

- надмірні фізичні навантаження (люди часто не шкодують свій організм – піднімають вантажі, надмірно тренуються. Виснажливий спосіб життя сприяє дегенерації хребтних сегментів.

- захворювання внутрішніх органів (патологічні зміни в роботі хребта можуть викликати захворювання внутрішніх органів. Запалення яйника, простати, нирок, сечового міхура чи кишківника посиляє патологічні імпульси в ту ділянку, яка знаходиться поблизу. У відповідь на такий подразник, організм реагує спазмом м'язів, запаленням навколишніх тканин та болем спини.

Таблиця 1

**Диференційні ознаки гострого болю спини**

Біль спини та в грудях, під лопаткою, що підсилюється при кашлі + температура й інші симптоми застуди (кашель, загальне нездужання)	пневмонія, плеврит, туберкульоз	Слід звернутися до сімейного лікаря і зробити рентгенскопію органів грудної клітки
Біль в нижній частині спини (в попереку) праворуч або ліворуч або з обох боків одночасно + температура + біль в животі	пієлонефрит, запалення придатків матки, міома, ендометріоз (у жінок), простатит (у чоловіків).	Слід звернутися до сімейного лікаря і зробити УЗД внутрішніх органів.
Сильний біль у спині справа або зліва віддає в статеві органи + часті позиви до сечовипускання, сильний біль в животі	ниркова коліка	Слід викликати швидку допомогу і госпіталізувати хворого
Біль в м'язах спини	міофасціальний синдром	слід звернутися до невролога або ортопеда. Лікування залежить від причини болю

Таблиця 2

**Диференційні ознаки хронічного болю спини**

<b>Характеристика болю</b>	<b>Причини болю</b>	<b>Що робити?</b>
Простий біль в спині	Періодичний біль: перевтома, неправильна постава або незручне положення на робочому місці.	зверніть увагу на правильність постави на робочому місці. Слід звернутися до невролога або ортопеда. Лікування залежить від детальної причини болю
Біль спини та в грудях, під лопаткою без температури, кашлю та інших симптомів застуди, що підсилюється під час руху або при покашлюванні	остеохондроз грудного відділу хребта, радикулоневрит, перевтома, неправильна постава або незручне положення на робочому місці, міофасціальний синдром	Слід звернутися до невролога або ортопеда. Лікування залежить від причини болю
Постійний або періодичний біль спини + біль в животі, здуття живота, пронос або запор.	панкреатит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, пухлини внутрішніх органів.	Слід звернутися до сімейного лікаря і зробити УЗД внутрішніх органів.
Біль в нижній частині спини (в попереку), що віддає в ноги	радикулоневрит, грижа міжхребцевого диска, хвороба Бехтерева	слід звернутися до невролога, ревматолога або ортопеда. Лікування залежить від причини болю



## **На сьогодні виділяють первинний і вторинний синдроми БС:**

**Первинний синдром БС**, або дорсалгія, – це больовий синдром у спині, зумовлений дистрофічними та функціональними змінами в тканинах опорно-рухового апарату (дуго-відростчаті суглоби, міжхребцеві диски, фасції, м'язи, сухожилля, зв'язки) з можливим включенням суміжних структур (корінець, нерв).

Основними причинами первинного синдрому БС у 90-95% хворих є механічні фактори: дисфункція м'язово-зв'язкового апарату, остеохондроз, спондиліоз, спондилоартроз, грижа міжхребцевого диска.

Остеохондроз хребта є результатом вікових дегенеративно-дистрофічних процесів у міжхребцевих дисках та м'язово-зв'язкового апараті. В результаті порушується механічний баланс між кістковими структурами хребта, у тому числі міжхребцевими суглобами, що спричиняє біль. Скарга на постійний помірний біль у поперековій ділянці, який поступово посилюється. У деяких пацієнтів під впливом спадкових факторів (аномалії розвитку) або травм, підвищеного навантаження на хребет дегенеративний процес починається у відносно молодому віці – 20-25 років.

Спондилоартроз є причиною БС у людей літнього віку. Його розвиток пов'язаний з дегенеративним процесом, що локалізується у міжхребцевих суглобах, які є звичайними синовіальними суглобами. Характерний двобічний больовий синдром, що локалізується паравертебрально, посилюється при тривалому стоянні та розгинанні, зменшується – при ході та сидінні.

Грижа диска також нерідко призводить до типового БС. Найбільш часта локалізація грижі дисків – на рівні L4-L5, L5-S1. Грижа диска з компресією корінця S1 викликає типовий біль у поперековій ділянці з іррадіацією по задній поверхні стегна, передньої ділянки гомілки та задньобокової поверхні ступні. БС, пов'язаний з патологією міжхребцевих дисків, посилюється при пчиханні та кашлі.

Одним із ускладнень остеохондрозу хребта та грижі міжхребцевих дисків є радикулопатія. Її виникнення пов'язане з мікротравматизацією нервового корінця оточуючими тканинами, що супроводжується розвитком запалення, ішемії та набряку. Клінічні симптоми радикулопатії: стріляючий радикулярний біль, що поширюється на сідницю, стегно, литку, ступню, посилюється при рухах у поперековому відділі хребта. При радикулопатії наявні симптоми випадіння в зоні іннервації ураженого корінця (гіперестезії, гіпо- або атрофії м'язів з формуванням периферійних парезів, зниження або випадіння сухожилкових рефлексів). Для радикулопатії характерний симптом Ласега (при підйомі ноги з'являється, як правило, інтенсивний біль у поперековій ділянці з іррадіацією по ходу ураженого корінця аж до ступні).

Міофасціальний синдром є причиною первинного БС. Процес формується із залученням м'язів тазового пояса та нижніх кінцівок. Його розвиток спричиняє тривала антифізіологічна поза, перевантаження нетренованих м'язів, хвороби вісцеральних органів (шлунково-кишкового тракту та малого тазу), аномалії розвитку. Критеріями діагнозу міофасціального синдрому є спазмовані м'язи, болочі м'язові ущільнення, активні тригерні точки з формуванням зон проекційного болю. Важливим для встановлення діагнозу є відтворення того болю, на який скаржиться хворий при натисненні на активну тригерну точку.

Біль у спині, що з'являється після тривалої ходи, вказує на можливість розвитку стенозу хребетного каналу. Пацієнт скаржиться на біль та судоми в поперековій ділянці спини та сідницях, що з'являються при ході. Біль зменшується та зникає у лежачому положенні. Однак знову посилюється при фізичному навантаженні. При обстеженні відразу після фізичного навантаження відзначається слабкість у нижніх кінцівках, зниження рефлексів і розлади чутливості.

**Вторинний синдром БС** – це біль, що триває більше двох місяців.

Причини вторинного синдрому БС можуть бути різноманітними: вроджені аномалії (спондилолітез – зсув хребця), травми, запальні захворювання хребта, пухлини та інфекційні

ураження хребта, порушення метаболізму, захворювання сечостатевих органів, проєкційний біль при захворюваннях внутрішніх органів.

БС може бути єдиною клінічною ознакою пухлин хребта (первинних і метастатичних). При цьому біль не проходить у спокої, посилюється вночі та при перкусії.

Пухлина підшлункової залози, особливо хвоста або тіла, пухлина задньої стінки шлунка, гіпернефрома, рак простати – практично завжди проявляються БС.

Причиною БС хронічного перебігу у жінок є захворювання тазових органів – опущення матки, міома, ендометрит, аднексит, рак матки, ендометріоз, а також менструальний біль.

Швидкий початок інтенсивного болю у поперековій ділянці вказує на можливість розриву або розшарування аневризми черевного відділу аорти. Такий діагноз можна запідозрити у випадку виявлення при обстеженні пульсуючого утвору в епі- або мезогастрії у осіб старше 50 років, що мають патологію серцево-судинної системи.

Важливою причиною БС є варикозне розширення вен таза. При такому стані біль частіше локалізується в крижах та посилюється при тривалому стоянні.

Остеопороз і його ускладнення – переломи хребта, що нерідко виявляються у жінок у постменопаузальному періоді також є причиною вторинного БС.

### **З метою диференційної діагностики слід пам'ятати про ознаки вторинного БС:**

1. біль, що не зменшується при зміні положення тіла та зменшується в спокої або минає при положенні пацієнта на спині із зігнутими ногами (інфекції, туберкульоз, остеомієліт, пухлини, пошкодження кісток);

2. гарячка, морозіння (септичний дисцит, епідуральний абсцес);

3. гарячка, схуднення (хронічні інфекції, метастази, пухлини);

4. гострий біль, неспокій, страх (розшаровуюча аневризма аорти, ниркова колька, розрив органа);

5. тривалий нічний біль (неопластичний процес);

6. біль, що посилюється при ході й розгинанні хребта, іррадіює в ногу та зменшується при нахилі вперед у положенні сидячи (стиснення спинного мозку);

7. біль і скутість (тривалістю більше 30 хвилин) посилюються вранці у пацієнтів молодше 40 років (спондилоартропатія);

8. двобічна локалізація болю, іррадіюючий (пухлина, грижа міжхребцевого диска, спондилоартропатія);

9. наявність неврологічних симптомів: розладів рухів/чутливості, функції сечового міхура, анестезія промежини, рефлекс Бабінського, клонус ступні (стиснення нервового корінця, пухлина, грижа міжхребцевого диска);

10. біль, що триває більше 2 місяців.

Тому не варто халатно ставитися до больових відчуттів в нижній частині спини, і до обстеження та лікування краще підходити комплексно, враховуючи всі тонкощі виникнення даної проблеми.

Для обстеження пацієнта з приводу БС слід призначити:

Показами до рентгенологічного обстеження хворих із БС є: гострий початок болю у пацієнта молодше 15 та старше 50 років без даних про травму в анамнезі; біль у спині після травми; біль, що не зменшується у лежачому положенні; хворі з пухлинними процесами, здатні до метастазування у кістки (пухлини передміхурової залози, рак яєників, молочної залози, нирок, легень, щитоподібної залози); скарги на лихоманку, схуднення.

- Рентгенографія хребта проводиться у прямій та боковій проєкціях. Функціональні рентгенологічні дослідження (у стані максимального згинання та розгинання) дозволяють виявити нестабільність руху в хребті, а також ранні ознаки його дегенеративно-дистрофічного ураження. Рентгенографію хребта потрібно проводити всім хворим із БС, яких направляють на мануальну терапію, масаж і фізіотерапевтичне лікування.

- комп'ютерна томографія (КТ) виявляє патологію кісткової тканини, дозволяє діагностувати грижі диска, стеноз хребтового каналу.

- при підозрі на пухлини, грижі диска, стеноз хребтового каналу, патологію оболонки спинного мозку проводять магнітно-резонансну томографію (МРТ). МРТ на відміну від КТ дозволяє отримувати зображення в будь-якій проекції. Метод має найбільшу чутливість (93%) і специфічність (92%).

- денситометрія при БС рекомендована: хворим старше 50 років з болем у спині хронічного характеру; жінкам у ранньому постменопаузальному періоді; жінкам з видаленими яйниками; пацієнтам, які приймають нестероїдні протизапальні препарати тривало, тиреоїдні гормони, антациди, протисудомні медикаменти; хворим з переломами кісток в анамнезі; при рентгенологічній діагностиці остеопорозу; всім хворим, які отримують медикаментозне лікування з приводу остеопорозу.

- клінічний дослід крові (підвищення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), анемія – ознаки запального процесу в хребті, онкопатологія, інфекції).

- біохімічний дослід крові ( кальцій, фосфор, лужна фосфатаза (з метою уникнення остеопорозу, онкопатології) білкових фракцій;

- С-реактивного білка (СРБ),

- HLA-B 27.

- простатспецифічний антиген.

- туберкулінові проби проводять при ознаках туберкульозного характеру ураження хребта при хронічному запальному синдромі БС.

- загальний дослід сечі.

Представляємо клінічний випадок як первинного так і вторинного БС:

пацієнтка К., 1936р.н., больовий синдром утримується тривалий час, більше 20 років. На початках захворювання біль виникав після фізичної роботи, переохолодження, незручного руху, мав періоди загострення та ремісії, часто минав без медикаментозного лікування. За останній рік інтенсивність болю наростає, біль утримується вночі, носить каузальгічний характер, постійно є вимушене положення тіла.

Для диференційної діагностики використали спіральну компютерну томографію.



**Висновок:** Дегенеративно-дистрофічний процес попереково-крижового відділу хребта. Гіперлордоз із сколіотичним викривленням. Ознаки остеохондрозу. Кили м\х дисків сегменту L2-L3-L4-L5-S1. Спондилоартроз. Метастатичне ураження тіла, дужок та паростків L1 хребця з патологічним його зломом та стенозом просвіту хребтового каналу.

**Лікування.** При первинному БС варто очікувати значного зменшення болю протягом 2 – 4 тижнів. У гострому періоді лікування краще проводити вдома і не змушувати хворих відвідувати поліклініку заради ін'єкцій або фізіотерапевтичних процедур. Протягом 1-3 днів рекомендують ліжковий режим, при цьому хворий повинен лежати на твердій поверхні в зручній для нього позі, бажано на ортопедичному матраці. Холод або легке сухе тепло можуть полегшити біль. Поступово режим розширюють, але рекомендують на певний час обмежити фізичну активність (уникати нахилів і обертань тулуба, підняття тягару, тривалого перебування

в положенні сидячи). Хворим з рецидивуючим болем і ознаками нестабільності хребта рекомендують протягом декількох днів носити корсет. Тривале носіння корсета недоцільно, оскільки при цьому виникає небезпека розслаблення м'язів. Хворого слід навчити правильно здійснювати рухи, уникаючи навантаження на хребет.

Медикаментозна терапія включає анальгетики – від парацетамолу, наркотичних анальгетиків, нестероїдних протизапальних засобів – ібупрофен по 600-1800 мг / добу, диклофенак (по 50-150 мг / добу всередину або внутрішньом'язово, індометацин по 75 – 200 мг / добу всередину або у вигляді ректальних свічок. При прийомі цих засобів для захисту слизової оболонки шлунка треба призначити антацидні препарати.

Вплив на міофасціальний (м'язово-тонічний) компонент болю передбачає застосування міорелаксантів: тизанідину (сірдалуду) по 4 -8 мг / добу, баклофену по 30 – 75 мг / добу, мідокалму 50-100 мг/доба, зазвичай не довше 1-2 тижнів, місцевих анестезуючих аплікацій, ін'єкції місцевого анестетика і кортикостероїду в тригерні і болючі точки з наступним розтягуванням м'язів, постізометрична релаксація, масаж, лікувальну гімнастику, що включає вправи на зміцнення м'язового корсету або розтягнення спазмованих м'язів. Ці методи можна поєднувати з рефлексотерапією, фізіотерапевтичними процедурами (електрофорез з місцевими анестетиками, фонофорез з гідрокортизоном і т.д.).

При корінцевому синдромі, найчастіше викликаному грижею диска, терміни відновлення подовжуються до 6 – 8 тижнів. Принципи лікування залишаються такими: ліжковий режим протягом декількох днів з подальшим поступовим його розширенням, анальгетики та нестероїдні протизапальні засоби, лікувальна гімнастика. Особливість лікування полягає в більш широкому застосуванні лікувальних блокад і медикаментів, які впливають на невропатичний(хронічний) біль, – протиепілептичних препаратів (карбамазепін по 200 – 600 мг / добу), антидепресантів – докsepін по 25 -75 мг на ніч. У важких випадках і при відсутності протипоказів можливе проведення короткого курсу кортикостероїдів – 100 мг преднізолону всередину протягом 3 – 5 днів з наступним швидким скасуванням. Застосовують великі дози вітамінів В1, В6 і В12, судинні препарати(трентал) (400 мг 2-3 рази на добу або 100 -200 мг довенно краплинно).

Мануальна терапія в гострому періоді грижі диска, особливо за наявності ознак компресії корінця, протипоказана.

При неефективності консервативного лікування показано оперативне втручання. Профілактика болю спини полягає в корекції рухового стереотипу, уникненні непередбачених рухів і створення м'язового корсету, що забезпечує правильний розподіл навантаження на хребет, «виправленні» постави, корекції аномалій розвитку, зниженні маси тіла, відмові від шкідливих залежностей(паління сигарет, алкоголю, тощо).

## ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеев В.В Дифференциальная диагностика и лечение болей в пояснице // СМЖ. — 2002. — Т.10, №12–13. — С.27–30.
2. Борткевич О.П. Синдром боли в спине (БС) и перспективы хондропротекторной терапии // Новости медицины и фармации. — 2006. — №19 (201). — С. 19–20.
3. Веселовский В.П. Практическая вертебро-неврология и мануальная терапия. — Рига, 1991. — 341 с.
4. Віничук С.М., Уніч П.П., Ілляш Т.І., Рогоза С.В. Вертеброгенні больові синдроми попереково-крижового відділу хребта та їх лікування з використанням вітамінів групи В // Новости медицины и фармации. — 2008. — №16. — С. 18–20.
5. Данилов А.Б. Когда от боли не помогают обезболивающие // Здоров'я України. — 2006. — №19 (152). — С. 69.
6. Жданова М.П., Голубчиков М.В., Міщенко Т.С. Стан неврологічної служби України в 2006 році та перспективи розвитку. — Харків, 2007. — 24 с.

7. Камчатов П.Р., Чугунов А.В., Умарова Х.Я., Воловец С.А. Алгоритм терапии острого вертеброгенного болевого синдрома // Здоров'я України. — 2007. — №7 (164) — С. 58.
8. Маздренко О.П. Диагностика и лечение. // Здоров'я України. — 2007. — №24 (181). — С. 15–16.
9. Матюшко М.Г., Прокопів М.М. Диклак гель у комплексному лікуванні хворих з остеохондрозом попереково-крижового відділу // Новости медицины и фармации. — 2006. — №20–22. — С. 20–21.
10. Никифоров А.С., Мендель О.С. Дегенеративные заболевания позвоночника, их осложнения и лечение // Здоров'я України. — 2006. — №20 (153). — С. 54–55.
11. Паворознюк В.В., Креслов Е.А. Эффективность препарата ранселекс в лечении боли в нижней части спины у больных различного возраста с остеохондрозом позвоночника // Мистецтво лікування. — 2006. — №8 (034). — С. 64–67.
12. Парфенов В.А. Мидокалм в лечении болезненного мышечного спазма при болях в спине // Здоров'я України. — 2005. — №13 (112). — С. 3.
13. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боли в спине и конечностях // Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно. — М., 2005. — Т.2. — С. 306–331.

**Ю.О. МАТВИЄНКО**

### **ЛОБНО-СКРОНЕВА ДЕМЕНЦІЯ**

*Оглядова стаття присвячена лобно-скроневій деменції – рідкісній хворобі, котра спричиняє значні діагностичні труднощі і важко піддається лікуванню.*

*Ключові слова: лобно-скронева деменція, патоморфологія, діагностика, лікування*

*Обзорная статья посвящена лобно-височной деменции – редкому заболеванию, которое вызывает значительные диагностические трудности и ассоциируется с плохой терапевтической реакцией.*

*Ключевые слова: лобно-височная деменция, патоморфология, диагностика, лечение*

*This review article is dedicated to the fronto-temporal dementia – rare disease, which is diagnostically challenging and associated with poor therapeutic response.*

*Key words: fronto-temporal dementia, pathomorphology, diagnosis, treatment*

#### **1. ВСТУП**

Деменція — це клінічний стан, що характеризується порушенням функцій багатьох когнітивних доменів і є значущим із погляду як страждань особистості, так і економічних витрат. Розуміння його епідеміології, факторів ризику, діагностичних алгоритмів і потенційних терапевтичних втручань винятково важливе. Що стосується лобно-скроневі деменції (ЛСД), то її вперше описав Арнольд Пік понад 100 років тому в серії клінічних випадків, він же першим вирізнув фокальні церебральні атрофії з тих, що тоді вважали сенільними. Епонім “хвороба Піка” був запропонований учнями цього вченого, які вважали, що філогенетично молодші лобна і скронева частки головного мозку більш чутливі до дегенеративних захворювань. Згодом патоморфологи почали обмежувати цей термін лише випадками, коли на секції знаходили тільця Піка. Тому поширилася думка, що названий розлад дуже рідкісний і винятково важко діагностується.

Нині цей термін застосовують для означення групи нейродегенеративних патологій, котрі характеризуються розладами поведінки і мовлення. На жаль, у літературі існують значні суперечності щодо точних дефініцій, оскільки різні автори користуються різною номенклатурою для опису подібних клінічних одиниць. Ускладнюючим чинником є те, що поняття ЛСД стосується як загальної групи споріднених хвороб, так і специфічного клінічного різновиду, а саме, лобного різновиду ЛСД. Незважаючи на зазначені труднощі, загальновизнаним є поділ на три основні варіанти — лобний (або поведінковий) варіант

(лвЛСД), прогресуюча афазія (ПА) і семантична деменція (СД). Моторні симптоми кортико-базальної дегенерації (КБД), прогресуючого над'ядерного паралічу (ПНП) і хвороб мотонейрона можуть також асоціюватися із клінічними і патоморфологічними проявами ЛСД, тому їх включено до цього спектра розладів.

ЛСД є досить гетерогенним станом. Його гістологічний профіль характеризується гліозом, втратою нейронів і поверхневою губчастою дегенерацією лобної і/або скроневої часток кори. Здуті нейрони (т. зв. тільця Піка) з різною частотою трапляються при всіх різновидах хвороби. Більше того, враховуючи факт наявності тау-включень при ЛСД, КБД і ПНП, на думку деяких авторів, патоморфологічно ЛСД слід розподіляти на тау-позитивну і тау-негативну форми.

У цій статті буде подано огляд останніх даних літератури щодо епідеміології, клінічної картини, діагностики, патоморфології і лікування названого захворювання.

## 2. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

У двох останніх дослідженнях оцінювали поширеність ЛСД. Згідно з висновками Ratnavalli et al., вона дорівнює 15 випадків/100 тис. населення віком 45–64 роки, за даними Rosso et al., загальна поширеність розладу сягає 1,1 випадку/100 тис. населення із піком 9,4 випадку/100 тис. населення віком 60–69 років. Загалом вважають, що ця хвороба відповідальна приблизно за 20% деменції із пресенільним початком. Посмертні дослідження свідчать, що відносна частота ЛСД дорівнює 3–10%.

Захворювання зазвичай уражає осіб віком 35–75 років, серед них принаймні 20–40% мають обтяжений сімейний анамнез. Два останні дослідження свідчать, що частота нових випадків ЛСД на 100 тис. людино-років становить 2,2 у віці 40–49 років, 3,3 — 50–59 років і 8,9 — 60–69 років. Ці параметри для хвороби Альцгеймера (ХА) становлять 0,0, 3,3 і 88,9 відповідно. Хоча вік початку ЛСД нижчий порівняно з ХА, він не варіює між спорадичними і сімейними формами. Згідно з епідеміологічними аналізами, середній вік перших проявів ЛСД дорівнює приблизно 58 років, а в 22% пацієнтів — після 65.

Згідно з останнім дослідженням Hodges et al., середній період виживання від ініціації проявів захворювання становив  $6 \pm 1,1$  року, від встановлення діагнозу — 3 роки, 75% цих пацієнтів помирали в інтервалі 6 років. Короткий період виживання, ймовірно, пояснюється запізненим діагностуванням. Згідно з результатами Robertson et al., ЛСД прогресує скоріше, ніж ХА. Деякими факторами, асоційованими з цим моментом, є наявність бокового аміотрофічного склерозу, специфічна дегенерація лобно-підкіркових нейрональних ланцюгів й існування тау-негативних випадків. Також виявлено, що пацієнти із СД достовірно швидше помирають порівняно з пацієнтами з іншими варіантами ЛСД.

## 3. ФАКТОРИ РИЗИКУ

Дуже мало досліджень присвячено факторам ризику цього розладу. До визнаних чинників належать наявність ЛСД в сімейному анамнезі і черепно-мозкової травми — в особистому. Також спостерігають позитивну (хоч і статистично недостовірну) асоціацію між захворюваннями цитоподібної залози і зростанням ризику ЛСД у 2,5 разу.

## 4. КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ

При ЛСД наявні поведінкові, когнітивні і неврологічні зміни. У поняттях поведінкових порушень такі хворі часто позбавлені адекватних базових і соціальних емоцій. В одних проявляються розгальмування та гіперактивність, в інших — апатія і притуплення афектів. Поведінкові патерни захворювання порівнювали з антисоціальним особистісним розладом. Функціональна нейровізуалізація засвідчила аномалії в осіб із набутою соціопатією, сумірна із залученням тих структур головного мозку (передні відділи скроневої частки і базальні — лобної), що пошкоджуються при ЛСД. Також припускають, що такі хворі страждають на “моральну агнозію”, пов’язану з неспроможністю віддиференціювати правильне від помилкового, та дефекти мислення.

В осіб із ЛСД відзначають виражене обмеження виконавчого функціонування й оперативної пам'яті. Серед інших когнітивних порушень наявні дефіцит уваги, обмеження абстрактного мислення, персеверації. Цікаво, що при цьому практично не пошкоджуються навички, які стосуються просторового орієнтування.

На ранній стадії захворювання неврологічні симптоми, за винятком примітивних рефлексів, переважно відсутні. Із його прогресуванням розвиваються домінуючі паркінсонічні ознаки (акінезія і ригідність), а також стереотипні рухи. У невеликої кількості пацієнтів спостерігають симптоми ураження рухових шляхів.

Симптоматика ЛСД відображає просторовий розподіл патологічних змін у мозку, а не гістологічні особливості. Ступінь лобного на противагу скроневого ураженню, що відповідальний за варіабельність презентуючих симптомів. Ускладнюючим моментом є те, що часто у хворого розлад починається з одного синдрому, а потім прогресує до зовсім іншого.

Як уже було сказано, існують 3 стрижневі клінічні прояви ЛСД: 1) лобний варіант (лвЛСД); 2) скроневи (афатичний) різновид, відомий під назвою СД, і 3) ПА. У таблиці 1 резюмовано їх клінічні, когнітивні й патоморфологічні аспекти.

**Таблиця 1. Поширені клінічні прояви різних варіантів ЛСД**

	<b>Поширені ініціальні прояви</b>	<b>Поведінкові симптоми</b>	<b>Когнітивні симптоми</b>	<b>Зони мозку, що найчастіше уражаються</b>
<b>лвЛСД</b>	Зміни особистості	Розвиваються рано — розгальмування, імпульсивність, стереотипії, апатія, рефлекси орального автоматизму	Виконавчі дисфункції, порушення оперативної пам'яті, персеверації, дефіцит уваги	Лобна/префронтальна кора, кора передніх відділів скроневої частки
<b>СД</b>	Розлади мови	Розвиваються на різних стадіях — емоційне дистанціювання, холодність у стосунках	Афазія із порушенням плавності мовлення, розлади семантичної пам'яті, збереження автобіографічної і робочої пам'яті	Середньо-нижні відділи скроневої неокори
<b>ПА</b>	Розлади мови	Розвиваються на пізній стадії — можуть включати все із наведеного вище	Експресивна афазія/афазія із порушенням плавності мовлення	Ліва навколосільвієва кора
СД — семантична деменція; лвЛСД — лобний варіант лобно-скроневої деменції; ПА — прогресуюча афазія.				

#### **4.1. Лобний варіант лобно-скроневої деменції**

ЛвЛСД характеризується поступовим початком особистісних і поведінкових змін. Розділення лобної частки кори на три окремі зони (орбітально-базальну, медіальну і дорзоплатеральну) корисне в сенсі розуміння клінічних проявів цього варіанта хвороби. Ураження орбіто-базальної ділянки спричиняє найпоширеніші симптоми — розгальмування, порушений імпульсний контроль, антисоціальну і стереотипну поведінку. Прикладами останньої є, наприклад, намагання приймати їжу в одну і ту саму годину, жорсткий порядок прибирання квартири або спрощені феномени, наприклад постукування ногою по підлозі. Ритуалізовані акти можуть включати повторювання афоризмів або зміни в перевагах щодо вживання

певних харчових продуктів. Порушення соціальних контактів інколи проявляється в нетактовності і недотриманні правил етикету.

Апатія корелює із ступенем ураження медіальної передньо-лобної поясної ділянки. Зміни в дієті супроводжуються переїданням, схильністю до солодкої їжі. Такі хворі також демонструють емоційне притуплення, зниження мовної активності і навіть мутизм. Інколи спостерігають ехололію і персеверації.

Найпоширенішим когнітивним дефектом при лвлсд є розлад виконавчих функцій і робочої пам'яті, котрі вказують на залучення лобної і префронтальної кори. Іншими частими дефектами залишаються дефіцит уваги, зниження рівня абстрагування, схильність до персеверацій. Порушення планування, організації й інших виконавчих моментів стають винятково очевидними із прогресуванням захворювання і відображають пошкодження дорзолатеральної префронтальної кори.

Серед клінічних підтипів лвлсд наявна значна гетерогенність симптоматики, переважно внаслідок диференційованого залучення різних зон головного мозку. В одних хворих виявляють розгальмування, придуркуватість, безцільну гіперактивність, легке відволікання, соціальну неадекватність, в інших — апатію, інертність, брак волі, психічну ригідність і персеверативність. Засвідчено, що ступінь розладів соціальної поведінки більш очевидний при ураженні лівої півкулі. Крім того, McMurtray довів, що пацієнти з переважно лобним ураженням при лсд демонстрували гіпоактивність і апатію, а зі скроневим — гіпоманіакальну поведінку. При цьому зниження розумових процесів асоціювалося з гіперперфузією правої лобної частки, а недотримання особистої гігієни — лівої. Хворі із залученням лівої гемісфери демонстрували ранні розлади мовлення, але відносно збережену поведінку, а з пошкодженням правої — з точністю до навпаки.

#### **4.2. Семантична деменція**

Скроневе залучення при лсд, відоме під назвою СД, асоціюється з двобічною атрофією середньо-нижньої скроневої неокори. Найпоширенішим ініціальним проявом у таких хворих є порушення мови, котре включає втрату здатності згадувати слова і розуміти їх значення. Вони часто не розуміють своїх проблем. Мова зберігає свою плавність, однак замість використання означень у розмові вживаються слова “це” або “річ”. Пацієнти нездатні назвати і розуміти слово, розпізнавати обличчя, інші об'єкти та сенсорні подразники, вони демонструють дефекти у виконанні невербальних завдань із застосуванням візуальних, слухових та інших подразників. На основі сказаного вище можна думати про те, що головна проблема при СД стосується порушення концептуальних знань, а не специфічних мовних проблем. Робоча й автобіографічна пам'ять відносно зберігається, хоча при виконанні нейропсихологічних тестів на антероградну словесну пам'ять такі пацієнти досягають дуже невисоких результатів.

Поведінкові розлади трапляються як на початку, так і в пізніх стадіях. Ці хворі менш апатичні і більш нав'язливі порівняно з пацієнтами з лвлсд, вони демонструють міжособистісну холодність і порушення обробки емоційних стимулів. При переважно правобічному пошкодженні спостерігають достовірні зміни особистості, включаючи емоційне розбалансування, химерні патерни одягання, фіксованість і обмеженість ідей.

Snowden et al. порівнювали поведінкові шаблони і дані нейровізуалізації в осіб із лсд загалом і СД зокрема. Тоді як брак емоційної реактивності був дуже очевидним при лсд, він часто був вибірковішим саме при СД, зокрема коли йшлося про здатність демонструвати страх. Апатичні пацієнти мали вищий больовий поріг, тоді як на фоні СД реакція на біль була посилена. Загалом емоційна, серійна і нав'язлива поведінка дала можливість розрізнити ці два стани з точністю 97%.

#### **4.3. Прогресуюча афазія**

ПА є порушенням, що переважно залучає експресивну мову, причому виражені проблеми у згадуванні слів поєднані зі збереженням їх розуміння. Він асоціюється із асиметричною атрофією лівої півкулі. У таких хворих виявляють зміни у плавності, вимові й адекватності



добору слів. Пацієнти не мають поведінкових порушень, за винятком пізніх стадій хвороби. У дослідженні, присвяченому оцінці мовлення хворих із СД і ПА, особи із другої групи демонстрували спрощені нарративні патерни і низький рівень вербальної активності за одиницю часу.

## 5. ДІАГНОСТИКА

Пацієнти з підозрою на ЛСД для з'ясування діагнозу мають пройти нейропсихіатричне, нейропсихологічне і нейровізуалізаційне обстеження. При нейропсихологічному тестуванні пам'ять відносно збережена, орієнтація і згадування останніх особистих подій добрі, але результати тестів на антероградну пам'ять гетерогенні. Поширеним є зниження спонтанної словесної активності, такі хворі досить добре виконують проби щодо візуально-просторових функцій, якщо мінімалізувати організаційні моменти. Шкала MMSE (Міні-шкала оцінки психічного стану) Фольштейна є ненадійною для виявлення і моніторингу ЛСД, оскільки результати часто нормальні і демонструються особами, що потребують домашнього догляду.

Запропоновано кілька різних класифікацій для клінічного діагнозу захворювання. Перші критерії було розроблено в 1994 році. Пацієнти мали демонструвати принаймні дві з таких ознак: втрата особистісного контролю, дивні патерни харчування, персеверації або зміни настрою. Окрім того, у них мало проявлятися хоча б одне з наведеного: дисфункція виконавчих навиків лобного генезу, зниження мовлення і нормальна візуально-просторова орієнтація.

Neary et al. напрацювали інший набір діагностичних критеріїв ЛСД і розділили її на 3 синдроми-прототипи (описані вище). McKhann et al. намагалися їх уточнити для прискореної верифікації хвороби. Ось вони:

1. Розвиток поведінкових або когнітивних дефектів, що проявляються:

А) ранніми і прогресуючими змінами особистості, які характеризуються труднощами в модуляції поведінки, що часто викликає неадекватні реакції чи види діяльності, або

В) ранніми і прогресуючими змінами мови, які характеризуються проблемами у висловлюванні, називанні і розумінні значення слів.

2. Розлади, представлені в пунктах 1А і 1В, спричиняють достовірне порушення соціального і професійного функціонування.

3. Перебіг хвороби — поступово прогресуючий.

4. Розлади із пунктів 1А і 1В не спричинені іншими неврологічними (наприклад інсультом), психіатричними або системними захворюваннями.

Нейровізуалізація також корисна для розрізнення ЛДС та інших форм когнітивних розладів. Зазвичай структурна томографія демонструє атрофію лобної і передніх відділів скроневої частки, а функціональна — гіперперфузію в цих зонах. МРТ засвідчує лобно-скронеvu атрофію як при ПА, так і лвлсд, причому в першому випадку — більше зліва, у другому — з обох сторін. Наприклад, при ХА атрофічний фокус найбільш очевидний у медіальних відділах скронеvих часток. При лвлсд нейровізуалізаційні зміни видно переважно на пізніх стадіях захворювання. Згідно з останніми дослідженнями, за даними однофотонної емісійної комп'ютерної томографії (ОФЕКТ), пацієнти із правобічним лобним ураженням відповідали діагностичним критеріям ЛСД частіше порівняно з іншими варіантами анатомічного розподілу патологічних змін.

Нейрохімічні розлади при цій хворобі відрізняються від того, що спостерігають при ХА. В осіб із ЛСД існують докази на користь невеликого холінергічного дефіциту, але вираженого серотонінергічного. Активність ферментів ацетилхолінестерази і холінергічних ацетилтрансфераз збережена. Дисфункції на рівні серотоніну пов'язані з імпульсивністю, дратівливістю, афективними змінами і порушеннями патернів харчування — типовими ознаками ЛСД. Крім того, серотонінергічні системи пов'язані із лобними частками, котрі часто уражаються при ЛСД. За допомогою методів функціональної нейровізуалізації засвідчено, що в таких пацієнтів рівень зв'язування цього медіатора у фронтальних зонах знижений. Таким

чином, ЛСД можна розглядати як переважно постсинаптичну патологію. При ній також описано в літературі зміни моноамінергічних і дофамінергічних систем.

## 6. ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

Диференціальна діагностика ЛСД досить широка і включає захворювання, що спричиняють поведінкові та когнітивні розлади, наприклад інсульт, хворобу Паркінсона, хворобу Гантінгтона, гіпотироз, СНІД і алкоголізм. Клінічна картина названого розладу також перекривається з іншими нейродегенеративними станами, наприклад хворобами мотонейрона, КБД і ПНП.

ЛСД найчастіше плутають із ХА. У дослідженні Miller et al. для розрізнення названих патологій застосовують поведінкові критерії, наприклад, рання втрата соціальної і особистої активності, прогресуюча втрата мови, стереотипна і персеверативна поведінка. Якщо застосовувати ці стандарти, то чутливість виявлення ЛСД сягає 63,3–73,3%, а специфічність — 96,7–100%. Для кількісної диференціальної оцінки Kertesz et al. розробили 24-компонентний Питальник поведінки при лобних ураженнях (FBI), що охоплює апатію, байдужість, негнучкість, конкретність, неорганізованість, неухважність, мовне обмеження, вербальну апраксію, персеверації, дратівливість та інші домени. Тести когнітивних функцій, наприклад MMSE, не завжди дають змогу здійснити диференціальну діагностику поширених деменцій.

В іншому дослідженні доведено, що, порівняно з ХА, при ЛСД симптоми розвиваються в молодшому віці, зокрема коли йдеться про поведінкові; розлади пам'яті менш явні, а крім того, часто наявні моторні порушення. У 2002 р. Rascovsky et al. порівняли зразки когнітивного дефіциту у хворих із патоморфологічно підтвердженими діагнозами цих захворювань. Виявилось, що при ЛСД функція генерування слів у поняттях буквені і категоріальної плавності порушена більшою мірою. І навпаки, у пацієнтів із ХА були явно очевидними розлади пам'яті і візуально-просторового орієнтування.

## 7. ПАТОМОРФОЛОГІЯ

Типовими морфологічними змінами при ЛСД є атрофія префронтальної і передніх відділів скроневої неокори. При рутинному гістологічному обстеженні наявні мікровакуолізація зовнішніх шарів кори внаслідок масивної загибелі нейронів або черезкірковий гліоз. Патоморфологічно захворювання досить гетерогенне — у деяких випадках виявляють тау- або убіквітин-позитивні включення. Чутливі методики виявлення тау-змін є визначальними у невропатологічній оцінці цього розладу.

Тау-білок залучений у регуляцію збору і дезінтеграції мікротубул. При спадкових формах ЛСД ідентифіковано понад 50 різних тау-мутацій у кількох родинах із частотою 9,4–10,5%. При спорадичних варіантах захворювання їх частота низька. Описані порушення можуть призводити до скупчення або руйнування мікротубул, що, своєю чергою, впливає на внутрішньонейронну транспортну систему.

Kertesz et al. катамнестично простежили за 60 пацієнтами, котрі відповідали діагностичним критеріям поведінкових порушень при ЛСД, від встановлення діагнозу до автопсії. Згідно з їхніми спостереженнями, висновки гістологічних досліджень співвідносилися із захворюваннями мотонейрона, КБД, хворобою Піка, деменцією без чітких патоморфологічних змін і ПНП, а в тау-негативних осіб хвороба мала більш ранній початок.

Forman et al. вивчали, чи є прогностичними специфічні клінічні риси у пацієнтів із ЛСД для патоморфологічних змін у 90 хворих із діагнозом, верифікованим на секції. Згідно з їхніми висновками, таупатії частіше асоціюються із екстрапірамідними синдромами, тоді як в осіб з убіквітин-позитивними включеннями більш імовірними є соціальні й мовні дисфункції і симптоми ураження мотонейронів.

У 2001 році міжнародна група вчених переглянула патоморфологічні критерії діагностики ЛСД. Дослідники рекомендують класифікувати нейродегенеративні розлади, асоційовані з цим захворюванням, згідно з 5 категоріями, відштовхуючись від наявності чи відсутності тау-позитивних і убіквітин-позитивних включень, переважання мікротубулозв'язуючих повторів у

нерозчинному тау-білку і наявності включень, типових для хвороб мотонейронів. Разом із тим ці вчені наголошують лише на ймовірнісних твердженнях щодо причинного зв'язку між даними патоморфології і клінічними проявами, оскільки ще досі точно невідомо, як нейродегенерація викликає специфічні клінічні синдроми.

## 8. ЛІКУВАННЯ

### 8.1. Нефармакологічні підходи

Поведінкові підходи при ЛСД залишаються викликом для багатьох клініцистів. Livingston et al. провели систематичний огляд різних напрямків психологічного лікування поведінкових порушень при деменції. Хоча вони особливо не концентрували на цій хворобі й охоплювали пацієнтів із різними варіантами деменцій, результати були досить цікавими. Згідно з їхніми остаточними висновками, позитивного ефекту реально очікувати від методик, зосереджених на поведінці індивідуального хворого, а психологічна освіта, спрямована на зменшення навантаження на доглядаючих осіб, може сприятливо впливати на нейропсихіатричну симптоматику протягом кількох місяців. Існує потреба у ґрунтовніших дослідженнях оцінки ефективності нефармакологічних підходів при ЛСД.

У своєму огляді Litvan et al. вивчали дилеми навантаження на осіб, доглядаючих за такими пацієнтами, і дійшли висновку, що в цьому разі ситуація досить подібна до ХА. Сприйняття навантаження корелює із дистресом, а останній залежить як від системи охорони здоров'я, так і, наприклад, від зниженого імунітету організму й підвищеної його чутливості до інфекцій. Тому такими важливими залишаються підтримка, освіта, а інколи й лікування доглядаючих осіб. Згідно з деякими дослідженнями, ранній догляд при ЛСД може відтермінувати госпіталізацію у спеціалізовані установи і поліпшує якість життя таких пацієнтів.

На жаль, більшість цих хворих рано чи пізно потребуватимуть довготермінової госпіталізації. Нині не існує дослідженого структурованого методу її здійснення. Відомо, що зміна середовища при деменції спричиняє наростання дезорганізації, дратівливості і збудження, хоча такі пацієнти реагують по-різному, — отже, необхідний індивідуалізований підхід (прихована охорона, невербальні засоби комунікації, інколи — госпіталізація у закриті відділення до стабілізації медикаментозного лікування).

### 8.2. Медикаментозне лікування

У таблиці 2 резюмовано результати різних досліджень фармакотерапії ЛСД. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) застосовували при цьому розладі з різним ступенем успіху. Вивчення названого класу медикаментів засвідчило вплив на поведінку, але не на когнітивні процеси. Згідно з окремими повідомленнями, існує недостатність серотоніну при ЛСД, а анатомо-клінічні прояви захворювання корелюють із дисфункцією цього нейромедіатора (наприклад агресивність і імпульсивність). На жаль, дотепер опубліковано дуже мало масштабних клінічних досліджень. Swartz et al. залучили 11 таких пацієнтів у 3-місячне клінічне відкрите дослідження СІЗЗС сертраліну, пароксетину і флуоксетину. Через 12 тижнів терапії у 9 осіб із 11 (82%) спостерігали поліпшення принаймні одного з таких поведінкових симптомів: розгальмування, депресії, компульсій. Відкрите неконтрольоване дослідження з пароксетином також дало добрі результати. У ньому 20 мг препарату на день призначили 8 хворим на ЛСД. Через 14 місяців усі досліджувані особи демонстрували поліпшення поведінкових симптомів у поєднанні зі зменшенням дистресу доглядаючих осіб. Початкові показники загальної активності, пізнавальних процесів і планування залишалися стабільними, тоді як параметри уваги й абстрактного мислення знижувалися. Побічні ефекти медикаменту переносилися задовільно. Недавно закінчено рандомізоване, плацебо-контрольоване дослідження з пароксетином, у якому 10 хворим призначали до 40 мг препарату на добу, ефективність лікування оцінювали на 6 або 7 тижнів. Не спостерігали поліпшення за Нейропсихіатричним питальником (NPI) і Кембриджським поведінковим питальником (СВІ). Більше того, досліджувані особи демонстрували зростання рівня помилок при пробах на зорове розрізнення, вивчення асоціацій і відтерміноване розпізнавання. Цікаво, що, згідно з даними

деяких авторів, такі результати нейропсихологічних тестів асоційовані зі зниженням вмісту триптофану в організмі. Ikeda et al. вивчали реакцію на флувоксамін у 16 пацієнтів із ЛСД у відкритому 12-тижневому дослідженні і повідомили про поліпшення поведінкових симптомів, особливо тих, що стосувалися стереотипної поведінки.

**Таблиця 2. Резюме різних режимів лікування ЛСД**

<b>Препарати</b>	<b>Опис дослідження</b>	<b>Результати</b>	<b>Побічні ефекти</b>
<b>СІЗЗС</b>	Swarz et al., 1997; 11 пацієнтів; відкрите (сертралін, пароксетин, флуоксетин)	У 9 пацієнтів з 11 — поліпшення поведінкових симптомів	Понос (1/11), посилення тривожності (1/11)
	Moretti et al., 2003; 8 пацієнтів; відкрите (пароксетин)	Поліпшення поведінкових симптомів, зменшення навантаження на доглядаючих осіб	Скороминуща нудота (37,5%)
	Deakin et al., 2004; 10 пацієнтів; рандомізоване контрольоване (пароксетин)	Відсутність поліпшення за шкалами NPI (нейропсихіатричного питальника) та СВІ (Кембриджського поведінкового питальника), погіршення при виконанні навчальних / розпізнавальних завдань	Не повідомлено
	Ikeda et al., 2004; 16 пацієнтів; відкрите (флувоксамін)	Поліпшення поведінкових функцій, зниження стереотипій	Не повідомлено
<b>Тразодон</b>	Lebert et al., 1999; 14 пацієнтів; відкрите	Поліпшення марень, дратівливості, агресії, розгальмування (дозозалежне)	Не повідомлено
	Lebert et al., 2004; 26 пацієнтів; рандомізоване контрольоване	Поліпшення дратівливості, збудження, депресії, розладів харчування	Не повідомлено
	Lebert et al., 2006; 26 пацієнтів; відкрите продовження дослідження 2004 р.	Поліпшення поведінкових симптомів; поліпшення балів за NPI	Гіпотензія (15%)
<b>Нейролептики</b>	Curtis et al., 2000; 1 пацієнт; клінічне повідомлення (рисперидон)	Поліпшення психозу і соціальних взаємодій	Акатизія, легкий паркінсонізм
	Rijnenburg et al., 2003; 24 пацієнти; ретроспективне дослідження історій хвороби (більшості хворих давали типові нейролептики)	Не повідомлено	Екстрапірамідні симптоми (33%), седація (12,5%)

<b>Інші агенти</b>	Moretti et al., 2004; 20 пацієнтів; відкрите (ривастигмін)	Поліпшення поведінкових симптомів, зниження навантаження на доглядаючих осіб, відсутність змін за балами MMSE	Нудота (25%), м'язові спазми (20%), зміни артеріального тиску (15%)
	Gofort et al., 2004; 1 пацієнт; клінічне повідомлення (метилфенідат)	Поліпшення поведінкових симптомів	Не повідомлено

Lebert and Pasquier оцінили 14 хворих на ЛСД, що приймали атипичний серотоніноміметик тразодон. Активність цього препарату ґрунтується на постсинаптичному блокуванні 5-HT<sub>2c</sub> рецепторів, агоністичній взаємодії із 5-HT<sub>1a</sub> рецепторами і помірному зворотному захопленні серотоніну. Зрештою, названий медикамент підвищує позаклітинну концентрацію серотоніну в корі лобної частки. У цьому дослідженні пацієнти приймали тразодон протягом 6 тижнів (150 мг/добу протягом перших 4 тижнів і 300 мг/добу — наступних 2). У всіх них виявляли дозозалежне поліпшення поведінкових симптомів, зниження марень, агресії, тривожності і дратівливості, депресії і розгальмування. Рандомізоване, подвійно сліпе, плацебо-контрольоване, перехресне дослідження тразодону при ЛСД завершили у 2004 році. У нього залучили 26 осіб, для оцінки використовували NPI. Достовірне зниження ( $p = 0,028$ ) на більш ніж 50% за балами цієї шкали виявлено у 10 хворих. Загалом понад 25-відсоткове зниження загального бала поведінкових порушень було наявним у 61% пацієнтів з ЛСД. Поліпшення стосувалося головним чином дратівливості, збудження, депресії і розладів харчування. Препарат переносився добре. Ці ж автори провели відкрите розширення дослідження медикаменту протягом 2 років після закінчення подвійно сліпої фази. Вони повідомили про стабілізацію поведінкових симптомів і значуще ( $p = 0,028$ ) поліпшення балів NPI. Когнітивні розлади змінилися мало, у 9 із 16 осіб виявили зниження балів MMSE більш, ніж на 3 пункти. Серед побічних ефектів повідомляли переважно про гіпотензію (15% хворих).

Застосування дофамінергічних агентів у лікуванні ЛСД залишається суперечливим. На практиці поведінкові розлади інколи контролюються блокаторами D<sub>2</sub>-дофамінових рецепторів, хоча, ймовірно, застосування у таких пацієнтів селективних агоністів буде кориснішим. Згідно з висновками останніх досліджень, бромокриптин може поліпшувати деякі лобні симптоми, а також — персеверації при деменції. Згідно з одним клінічним повідомленням, застосування метилфенілату (у комплексі з ЕЕГ-моніторингом і ОФЕКТ) викликало достовірне поліпшення моторних симптомів.

Застосування нейролептиків для контролю збудження при деменції залишається контроверсійним. Згідно з останнім рапортом FDA, призначення атипичних антипсихотиків у терапії поведінкових розладів в осіб похилого віку з деменцією асоціюється з вищою смертністю, порівняно з плацебо, унаслідок кардіотоксичності і супутніх інфекцій. В одному клінічному повідомленні згадували про поліпшення психотичних ознак і соціальної взаємодії в 42-річній пацієнтки із хворобою Піка на фоні призначення рисперидону. Деякі автори стверджують, що хворі на ЛСД винятково чутливі до побічних екстрапірамідних ефектів нейролептиків. Rijnenburg et al. вивчали названі ефекти у 100 дібраних осіб із цією патологією і виявили їх у 33% осіб. Для повного зникнення таких симптомів інколи було потрібно до кількох тижнів. Безпека та ефективність антипсихотичних агентів при ЛСД має бути ретельно вивчена до того, як їх призначати в цього контингенту хворих.

Що стосується стимуляторів когнітивних функцій, то Morelli et al. досліджували терапевтичний вплив ривастигміну, інгібітору ацетилхолінестерази і бутирилхолінестерази, протягом 12 місяців у 20 пацієнтів із ЛСД. Ці вчені виявили загалом незначне поліпшення

поведінкових симптомів і зменшення навантаження на доглядаючих осіб, хоч і не знайшли різниці у ступені прогресування когнітивного дефіциту згідно з MMSE.

Патологічні тау-білки є біохімічними маркерами різних дегенеративних деменцій, включаючи кілька підваріантів лобно-скроневої деменції з паркінсонізмом 17 типу. Разом з тим тау-мутації виявлено лише при автосомно-домінантному типі успадкування. Перспективні напрямки лікування, мабуть, сфокусуються на мішенях, стосовних патогенезу захворювання, котрі при кожному різновиді ЛСД будуть різними. Ймовірно, це буде розробка агентів, що запобігають експресії або накопиченню тау-білків. Дотепер лише літій засвідчив свій вплив на зниження тау-фосфорилування на трансгенних моделях мишей, хоча цей препарат у цілому погано переноситься у похилому віці.

## 9. ВИСНОВКИ

ЛСД — поширена і тяжка нейродегенеративна хвороба, інтерес до котрої зріс протягом останнього десятиліття. Згідно з оцінками, вона становить близько 20% випадків дегенеративної деменції з пресенільним початком. Патоморфологічні посмертні дослідження свідчать про відносну частоту цього захворювання 3–10%. Її патофізіологія залишається незрозумілою, а майбутні дослідження мають зосередитися на розробці нових діагностичних і терапевтичних підходів, котрі б поліпшили прогноз і якість життя таких пацієнтів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Arlt S. Non-Alzheimer's disease-related memory impairment and dementia. *Dialogues Clin Neurosci.* 2013 Dec;15(4):465-73.
2. Bhidayasiri R. Atypical dementia: when it is not Alzheimer's disease. *J Med Assoc Thai.* 2007 Oct; 90(10):2222-32.
3. Bhogal P, Mahoney C, Graeme-Baker S, Roy A, Shah S, Fraioli F, Cowley P, Jäger HR. The common dementias: a pictorial review. *Eur Radiol.* 2013 Dec;23(12):3405-17.
4. Hickey C, Chisholm T, Passmore MJ, O'Brien JD, Johnston J. Differentiating the dementias. Revisiting synucleinopathies and tauopathies. *Curr Alzheimer Res.* 2008 Feb; 5(1):52-60.
5. Kuller LH, Lopez OL. Dementia: is it time for a change in focus? *Alzheimers Dement.* 2008 Jan; 4(1 Suppl 1):S77-84.
6. Kuruppu DK, Matthews BR. Young-onset dementia. *Semin Neurol.* 2013 Sep;33(4):365-85.
7. Laks J, Engelhardt E. Reports in pharmacological treatments in geriatric psychiatry: is there anything new or just adding to old evidence? *Curr Opin Psychiatry.* 2008 Nov; 21(6):562-7.
8. Mortimer AM, Likeman M, Lewis TT. Neuroimaging in dementia: a practical guide. *Pract Neurol.* 2013 Apr;13(2):92-103.
9. O'Brien JT. Role of imaging techniques in the diagnosis of dementia. *Br J Radiol.* 2007 Dec; 80 Spec No 2:S71-7.
10. Schwarz S, Froelich L, Burns A. Pharmacological treatment of dementia. *Curr Opin Psychiatry.* 2012 Nov;25(6):542-50.
11. Surguchov A. Molecular and cellular biology of synucleins. *Int Rev Cell Mol Biol.* 2008; 270:225-317.

# ХРОНІКА

І. М. НОВИЦЬКА, Н.Б. КРАВЦІВ,  
С.М. ЛАВРІВСЬКА

## ДЕЯКІ ВИЗНАЧНІ ДАТИ СЕРПНЯ

Щороку у світі відзначається **Міжнародний тиждень підтримки грудного вигодовування**. Він проводиться у 40-й тиждень року, що символізує 40 тижнів вагітності жінки до народження дитини. В цьому році він припав на **1 -7 серпня**. Дослідження показують, що найкращий спосіб вигодовування дітей – це початок грудного вигодовування протягом першої півгодини життя, виключно грудне вигодовування до шести місяців та продовження грудного вигодовування до двох років та більше. Грудне вигодовування має позитивні коротко- та довготривалі наслідки для здоров'я дітей та матерів. Зокрема, воно сприяє зниженню дитячої смертності та покращенню здоров'я матерів.

За даними ЮНІСЕФ, зменшення кількості померлих дітей з 13 мільйонів у 1990 році до 8,8 мільйонів у 2008 частково стало можливим завдяки прийняттю базових заходів на збереження здоров'я, таких як ранній початок грудного вигодовування та виключно грудне вигодовування.

В той час як рівень виключно грудного вигодовування в багатьох країнах світу підвищується, в частині країн він залишається на досягнутому рівні або навіть знижується. Частково це відбувається тому, що згасає політична підтримка ініціативи "Лікарня, доброзичлива до дитини" або тому, що 10-и кроків не дотримуються в раніше сертифікованих доброзичливих закладах.

В Україні з 2001 року розпочата сертифікація пологодомічних закладів відповідно до статусу "Лікарня, доброзичлива до дитини", а з 2007 року – дитячих лікувально-профілактичних закладів. На сьогодні статус "Лікарня, доброзичлива до дитини" присвоєно 363 закладам охорони здоров'я. Відсутні регіони України, де б не було жодного такого закладу.

Питома вага дітей, які народились в пологодомічних закладах, сертифікованих на відповідність статусу "Лікарня, доброзичлива до дитини" значно збільшилась і становить 62%, що відповідає завданням, поставленим Галузевою програмою "Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки" – 50%. Питома вага партнерських пологів збільшилась до 66,6 % (2006р.- 26,8%), що привело до зменшення використання медикаментозного знеболення. Спільне перебування матері та дитини було забезпечено в 95-97% випадках.

В сертифікованих пологодомічних закладах в 2010 році та 6 місяців 2011 р. відмічались лише поодинокі випадки захворюваності новонароджених на шлунково-кишкові та інфекційні захворювання.

В усіх сертифікованих рододомічних закладах створені пологові зали, орієнтовані на проведення партнерських пологів. Питома вага нормальних пологів збільшилась до 74 %. Питома вага кесарських розтинів незначно зросла (2010 р – 16,6% ; 6 міс. 2011 р. – 19,6 %).

Рівень виключно грудного вигодовування до 6 місяців – 53,2% (2006р. – 23,7%).

Зменшилась кількість дітей, які з 3-х місяців знаходились на штучному вигодовуванні до 32%, (2006 р. – 34,1%).

Рівень дітей, які отримували грудне молоко у віці 12 місяців і більше – 21,4% (2006 р. – 10,5%).

Зменшилась кількість новонароджених, які потребували реанімаційних заходів з 15% - 2006р., 5,6% - 2010р., 3% - 6 місяців 2011 р.

Розширена ініціатива "Лікарня, доброзичлива до дитини" потребує подальшого впровадження в рамках Галузевої програми "Підтримка грудного вигодовування"

**6 серпня** відзначається день “**Лікарі світу – за мир**”. Це міжнародний день, який був запропонований організацією “Лікарі світу за запобігання ядерній загрозі”. Він відзначається в річницю дня бомбардування японського міста Хіросіми 6 серпня 1945 року.

Цей день в певному сенсі є символічним і служить для нагадування про цю людську трагедію, про роль лікарів в боротьбі за мир і в запобіганні війни в цілому. Організація відзначає цей день своєю повсякденною роботою. Ця організація виникла в 1980 році у Франції в результаті відокремлення від іншої знаменитої міжнародної організації “Лікарі без кордонів”. З тих пір великі відділення “Лікарів світу” з’явилися у дванадцяти країнах, включаючи США, Швецію і Нідерланди.

Червоний Хрест також активно виступає проти ядерної війни. Про це свідчить ряд документів, прийнятих на різних міжнародних конференціях і генеральних асамблеях як в Женеві, так і в інших містах, де вони проводилися. Так, наприклад, у прес – релізі МКЧХ, опублікованому 13 лютого 2014 р., повідомлялося про роботу II Конференції Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця з гуманітарних наслідків застосування ядерної зброї, що відбулася у м. Наяр (Мексика) 13-14 лютого 2014 р. Держави зобов’язані зробити так, щоб ядерна зброя ніколи більше не застосовувалася, вважає Міжнародний рух Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, про що і наголошує у Заяві учасників Другої конференції з гуманітарних наслідків застосування ядерної зброї. Рух закликає держави, на підставі вже взятих ними на себе зобов’язань, раз і назавжди заборонити і знищити ядерну зброю, враховуючи катастрофічні гуманітарні наслідки її застосування.

**8 серпня** в багатьох країнах відзначається **Міжнародний день офтальмології**. Дата святкування цієї події приурочена до дня народження великого російського лікаря-офтальмолога Святослава Миколайовича Федорова (1927- 2000).

Цей День відзначається з 2004 року, ініціатива його проведення належить Тамазу Мчедлідзе – президенту медичної палати Санкт-Петербурга. Він звернувся до офтальмологів, які працюють у різних країнах світу, з пропозицією щорічно 8 серпня проводити безкоштовні консультації, та за наявності можливостей, офтальмологічні операції. Цей проект підтримали 17 найбільших офтальмологічних центрів з різних країн, у тому числі клініки США, Італії, Греції, Чехії, Угорщини, України, Венесуели.

На сьогоднішній день близько 285 мільйонів осіб у всьому світі живуть з значними порушеннями зору: 45 мільйонів з них уражені повною сліпоту. Майже 90% людей з порушеннями зору живуть в країнах, що розвиваються. Завдяки методам сучасної офтальмології з початку 1990-х років вдалося значно зменшити масштаби порушень зору у всьому світі, незважаючи на глобальне постаріння населення (літні люди складають основну групу ризику з офтальмологічних захворювань).

Святославу Миколайовичу Федорову, видатному лікарю і вченому, вдалося провести революційні зміни у світовій офтальмології. Його ім’я протягом багатьох десятиліть пов’язане з прогресивними досягненнями в області медицини очей. С.М.Федоров в 1994 на Міжнародному конгресі офтальмологів в Канаді був визнаний “видатним офтальмохірургом ХХ століття”. Святославу Миколайовичу, учням його школи, численним прихильникам і сподвижникам вдалося зробити щасливими мільйони незрячих або слабкозорих людей. І в наш час справа великого лікаря успішно триває.

Професійне свято лікарів-офтальмологів відзначається у всьому світі з метою спонукання практикуючих лікарів-офтальмологів до вдосконалення у благородній справі збереження і повернення зору пацієнтам.

В 2014 р. **День фізкультурника** припадає на **9 серпня**. Свято здорового способу День бере свій початок з незабутніх 80-х років.

На передодні його офіційного виникнення в СРСР були проведені перші, історичні Олімпійські ігри на території сучасної Східної Європи. Це були перші Ігри, які проводилися в соціалістичній країні. Можливо саме цей факт надихнув радянських керівників, і 1-го жовтня



1980-го року вийшов Указ Президії Верховної Ради СРСР за №-м 3018-Х. В Указі святкуванню Дня фізкультурника встановлювався щорічний характер, підкреслювалося особливе позитивне значення цього своєрідного пам'ятного дня. Надалі це було підтверджено в редакції Указу Верховної Ради Радянського Союзу «Про внесення змін до законодавства СРСР про святкові і пам'ятні дні» від 1-го листопада 1988-го року № 9724-ХІ. Святкування Дня фізкультурника було встановлено в другу суботу серпня.

Ніяк не можна сказати, що аналогів Дню фізкультурника не було до 80-х років, адже в Радянському Союзі спорт займав особливе значення. За даними проекту DiloVaMova.com, ще на зорі становлення Радянської влади, в 20-ті - 30-і роки, коли була запущена грандіозна комуністична машина пропаганди, в радянське суспільство вже впроваджувався крилатий лозунг, у якому йшлося, що в здоровому тілі – здоровий дух.

Повсюдно відкривалися пролетарські спортивні товариства та організації для поширення спортивного руху в широкі маси, почали відкриватися фізкультурні факультети та спеціалізовані навчальні заклади, які готували майбутніх професійних фізкультурників по всій країні. Спорт став стрімко розвиватися, а видатні спортсмени стали в числі найбільш популярних людей в державі. Практично жодна святкова демонстрація або захід не здійснювалося без участі борців і гімнастів, атлетів і футболістів, а також інших представників різноманітних спортивних дисциплін.

Затребуваність та популярність спорту цілком виправдана. Адже спорт, це не тільки самоорганізація і дисципліна, здоров'я і молодість, елемент культури і стиль життя – це саме життя, рух вперед! Не випадково після розпаду “Великого і Могутнього”, День фізкультурника спокійно пережив це потрясіння, залишаючись всенародним і одним з приємних свят для бадьорих духом людей.

**День працівників ветеринарної медицини** відзначається у другу неділю серпня. В 2014 році припадає на **10 серпня**. Це професійне свято в 2001 році встановлено Президентом України Леонідом Кучмою. Леонід Данилович Кучма відзначив вагомий внесок працівників ветеринарної медицини у забезпечення ветеринарного і епізоотичного благополуччя, ветеринарно-санітарної безпеки продуктів тваринництва та охорони навколишнього середовища, крім того була підтримана ініціатива Міністерства аграрної політики України.

**12 серпня - Міжнародний день молоді**, який було встановлено Генеральною асамблеєю ООН 17 грудня 1999 року.

Ідея Міжнародного дня молоді була запропонована в 1991 р. молоддю, яка зібралася в Відні (Австрія) на I сесії Світового молодіжного форуму системи ООН. Форум рекомендував, щоб свято було оголошено спеціально для збору коштів, просування та підтримки Фонду молоді ООН у партнерстві з молодіжними організаціями.

Рішення про оголошення 12 серпня Міжнародним днем молоді було підтримано на I сесії Світової конференції Міністрів у справах молоді, що проходила в Лісабоні 8-12 серпня 1998 р. Ця рекомендація була підтримана 17 грудня 1999 р. 54 сесією Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй у резолюції № “A/RES 54/120 I” (“Політика та програми, що залучають молодь”), та 12 серпня було оголошено Міжнародним днем молоді.

Асамблея також рекомендувала проводити пропагандистські заходи в підтримку Міжнародного дня з підвищення інформованості про Всесвітню програму дій, що стосується молоді, прийнятої в 1995 р. (резолюція Генеральної Асамблеї №A/RES/50/81).

Міжнародний день молоді щороку має певну основну тематику: 2001 - Боротьба з епідемією ВІЛ/СНІДу, 2002 - Дії молоді для стійкого розвитку, 2003 - Зайнятність молоді, 2004 - Молодь у суспільстві різних поколінь, 2005 – Перетворення зобов'язань у реальні справи, 2006 – Спільна боротьба з зубожінням: молодь і викорінювання зубожіння, 2007 – Будь поміченим, будь почутим: участь молоді заради розвитку, 2008 – Молодь і зміна клімату: час діяти, 2009 – Стабільність: наш виклик, наше майбутнє.

### **19 серпня – Всесвітній день гуманітарної допомоги**

Конфлікти, стихійні лиха та інші надзвичайні ситуації постійно загрожують життю і здоров'ю багатьох мільйонів людей. Під час цих криз тисячі відданих справі гуманітарних працівників з багатьох країн світу докладають зусилля для надання сприяння постраждалим людям, підтримки місцевих органів управління в доставці необхідної допомоги.

Всесвітній день гуманітарної допомоги заснований Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я та іншими міжнародними організаціями, які привертають увагу до ролі гуманітарних працівників і згадують тих з них, хто загинув або отримав травми під час виконання своїх життєво важливих обов'язків. Цей День має щорічний характер і проводиться 19 серпня.

Мета проведення Всесвітнього дня гуманітарної допомоги полягає у приверненні уваги громадськості та поширення знань про гуманітарне співтовариство, про те, що роблять гуманітарні працівники і з якими труднощами вони стикаються, проводиться демонстрація своєї гуманітарної діяльності для неурядових та міжнародних організацій, а також спогад тих, хто загинув або отримав травми під час гуманітарних операцій.

**23 серпня – День Державного Прапора України.** Прапор - Символ державності України. Вперше такий прапор було піднято над будівлею Верховної Ради України 24 серпня 1991 року. Саме в цей день був проголошений акт про незалежність країни.

Історія нинішнього синьо-жовтого прапора, який і прославляє День Державного Прапора України, дуже давня. Починаючи з часів хрещення Русі, ці кольори завжди були присутні на прапорах Української держави різних століть. Приблизно в тому ж варіанті, як ми бачимо його зараз, український прапор було піднято у Львові в червні 1848 року. У 1917-1919 роках навіть більшовики користувалися в Україні синьо-жовтим прапором.

Синій колір на прапорі Україна означає мирне небо, а жовтий – пшеничні ниви.

**24 серпня – День Незалежності України.** Уперше День Незалежності України було відзначено 16 липня 1991 року – в пам'ять про те, що рік тому – 16 липня 1990 року – Верховна Рада Української РСР ухвалила Декларацію про державний суверенітет України. Одночасно того ж 16 липня 1990 року Верховна Рада Української РСР ухвалила постанову “Про День проголошення незалежності України”. У ній зазначено:

Зважаючи на волю українського народу та його одвічне прагнення до незалежності, підтверджуючи історичну вагомість прийняття Декларації про державний суверенітет України 16 липня 1990 року, Верховна Рада Української Радянської Соціалістичної Республіки постановляє:

Вважати день 16 липня Днем проголошення незалежності України і щорічно відзначати його як державне загальнонародне свято України.

Згодом, 18 червня 1991 року, було внесено відповідні зміни до статті 73 Кодексу законів про працю Української РСР, унаслідок чого у переліку святкових днів з'явився запис: “16 липня — День незалежності України».

Оскільки 24 серпня 1991 року Верховна Рада Української РСР ухвалила Акт проголошення незалежності України, який 1 грудня 1991 року підтвердив народ на Всеукраїнському референдумі, виникла потреба змінити дату святкування Дня незалежності України. Тож 20 лютого 1992 року Верховна Рада України ухвалила постанову “Про День незалежності України”. У ній зазначено:

Зважаючи на волю українського народу та його одвічне прагнення до незалежності, підтверджуючи історичну вагомість прийняття Акта проголошення незалежності України 24 серпня 1991 року, Верховна Рада України постановляє:

Вважати день 24 серпня Днем незалежності України і щорічно відзначати його як державне загальнонародне свято України.

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

**ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:**

*40 річчям*

Гринишин Ольгу Богданівну  
Рахман Людмилу Володимирівну  
Іванюшко Олену Василівну  
Маланчук Оксану Михайлівну  
Баб'яка Тараса Євгеновича

*45 річчям*

Боржієвського Олександра Анатолійовича

*50 річчям*

Тимків Марію Зенонівну  
Гриньоха Володимира Олексійовича  
Олійник Галину Василівну

*55 річчям*

Якубовську Євгенію Дмитрівну  
Вашука Всеволода Васильовича  
Павловську Галину Ярославівну

*60 річчям*

Потьомкіну Галину Олександрівну  
Дорош Наталія Володимирівну

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

*Редколегія*

**Хроніка серпня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ**

**1 серпня – 110 років** від дня народження **Ірини Лев**. Народилася в Стрию Львівської області. У 1924 р. вступила на медичний факультет Львівського університету, який закінчила у 1931 р. Працювала в клініках Львова. Від 1936 р. – на кафедрі госпітальної терапії. У 1944-1951 рр. – асистент кафедри госпітальної терапії ЛМІ. У 1951 р. перейшла працювати в поліклініку Львівської політехніки. Померла 21 листопада 1970 р. на 67 році життя.

**1 серпня – 100 років** від дня народження **Олега Снилика**, радіолога, громадського діяча Львова. Після завершення початкової школи навчався в українській Академічній гімназії, яку закінчив у 1935 р. У 1938 р. почав навчатися на хімічному відділі Львівської політехніки. У 1939 р. перейшов на навчання у Львівський медичний інститут; від 1941 р. навчався на медичних фахових курсах, а в 1944 р. емігрував у Баварію. Після війни продовжив навчання на медичному факультеті університету в Ерлангені. У 1947 р. захистив докторську роботу і отримав ступінь доктора медицини. У 1948-1950 рр. працював головним лікарем при квартирі ІРО в Ансбаху. У 1950 р. емігрував у США. Два роки працював у госпіталях Нью-Джерсі та Іллінойс, склав нострифікаційні іспити в 1952 р., отримав ліцензію на лікарську практику. Працював радіологом в Пресбитарійному госпіталі св. Луки в Чикаго (1955-1959), радіологом-інструктором в Департаменті радіології Північно-Західного університету (Нортвестерн) в Чикаго. Через деякий час переїхав у Каліфорнію. Працював у Сепульведі біля Лос-Анжелеса. У 1991 р. вийшов на пенсію. Активний учасник культурного, церковного, політичного життя української громади, член Управи УЛТ ПА.

**5 серпня – 95 років** від дня народження **Богдана-Ярослава Цимбалістого**. Народився в с. Бовшів (Івано-Франківщина). У 1941-1945 рр. вивчав психологію в Берлінському, а у 1945-1948 рр. – в Гетінгенському університетах. У 1952-1959 рр. працював редактором українського радіомовлення на Іспанському національному радіо. Від 1959 р. жив у США. Упродовж 25 років працював головним клінічним психологом, з 1968 р. – директором психологічної клініки для молоді у Джеймбургу. Вів різні психологічні курси та приватну психотерапевтичну практику. Був членом низки американських товариств і асоціацій. Публікував наукові праці в низці видань та газетах.

**6 серпня – 90 років** від дня народження **Степанії Шухевич-Строкон**. Народилася у Львові. У 1950 р. емігрувала в Австралію. Вивчала психологію у Сіднейському університеті. У 1976 р. отримала диплом магістра психології. У 1980 р. отримала ступінь доктора філософії в УВУ в Мюнхені. Спеціалізувалася з нейропсихології та психології болю і працює як клінічний психолог. Брала активну участь у громадському жіночому русі.

**6 серпня – 80 років** від дня народження **Олександра Ілліча Зайченка**, дерматовенеролога. Народився у Харкові. У 1956 р. закінчив медичний факультет Львівського медичного інституту. У 1956-1957 рр. працював дерматовенерологом м. Судова Вишня, у 1957-1961 рр. – аспірант кафедри дерматовенерології Львівського медичного інституту. У 1961-1964 рр. – асистент кафедри дерматовенерології Тернопільського медичного інституту. У 1964 р. захистив кандидатську дисертацію. У 1964-1972 рр. – асистент кафедри дерматовенерології Львівського медичного інституту, у 1972-1982 рр. –

доцент кафедри дерматовенерології ЛМІ, у 1982-2005 рр. – завідувач кафедри дерматовенерології Львівського медичного університету, від 2005 р. доцент цієї ж кафедри.

О.І. Зайченко – автор близько 140 наукових і навчально-методичних праць, в т.ч. 3 монографій, 4 авторських свідоцтв і патентів. Підготував 5 кандидатів наук. Наукові дослідження присвячені вивченню взаємозв'язків вмісту статевих гормонів і шкірних захворювань, проблемам неспецифічної терапії застарілих форм сифілісу та ін..

**7 серпня – 65 років** від дня народження **Валентини Андріївни Шаповалової**, лікарки спортивної медицини і лікувальної фізичної культури. У 1973 р. закінчила Київський медичний інститут. У 1993 р. захистила докторську дисертацію на тему: “Функціональна і фізична підготовка дітей шкільного віку в онтогенезі: діагностика та оздоровлення не медикаментозними засобами”. Автор понад 120 наукових публікацій, в т.ч. 2 патентів.

**8 серпня – 60 років** від дня народження **Мирона-Бориса Залуцького**. Народився в Чикаго в сім'ї професора фармхімії. У 1972 р. закінчив США в Белтсвілі і в 1976 р. Мерілендський університет із ступенем бакалавра з психології. У 1980 р. закінчив Говардський університет і отримав диплом доктора дентистичної хірургії. Проїшов військову службу у званні лейтенанта американського флоту. Від 1983 р. займається приватною практикою. У молоді роки закінчив Школу українознавства, був членом Пласту куреня “Чорноморців”. Член 20-го відділу УЛТПА, меценат українських медичних видань.

**11 серпня – 80 років** від дня народження **Михайла Олександровича Вільчинського**, лікарка-анатома і хірурга. Народився в с. Туличів Волинської області. У 1958 р. закінчив медичний факультет Львівського медичного інституту. У 1958-1964 рр. працював хірургом Любитівської дільничої лікарні Волинської області. У 1964-1967 рр. – аспірант кафедри топографічної анатомії і оперативної хірургії Кубанського медичного інституту, у 1967-1976 рр. – асистент кафедри топографічної анатомії і оперативної хірургії цього ж інституту. У 1972 р. захистив кандидатську дисертацію, у 1976-1986 рр. – доцент цієї ж кафедри. У 1982 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Пластика приобретенных неопухолевых трахео (бронхо)-пищеводных свищей”. У 1986-1989 рр. – доцент кафедри топографічної анатомії і оперативної хірургії Львівського медичного інституту; у 1989-2000 рр. – завідувач кафедри топографічної анатомії і оперативної хірургії, за сумісництвом декан медичного факультету (1990-1993) Львівського медичного університету.

М.О. Вільчинський був автором близько 100 наукових праць, в т.ч. атласу. Підготував 4 кандидатів наук. Основні наукові роботи присвячені реконструктивній хірургії. Після 2000 р. подальша доля невідома.

**14 серпня – 105 років** від дня народження **Ярослава Рожанковського**. Народився у Львові. Медицину вивчав у Львові (1929-1944). Спеціалізувався з акушерства та гінекології. Емігрував у США. Спеціалізувався з анестезіології. Працював анестезіологом до пенсії. Був членом УЛТПА у Нью-Йорку та кількох американських медичних товариств. Родина Рожанковських – щедрі жертводавці на науково-громадські заходи (НТШ, УВУ, Український інститут Америки, Український музей в Нью-Йорку, Фонд відродження спорту в Україні).

**14 серпня – 100 років** від дня народження **Катерини Зарицької-Сороки**. Народилася в с. Нове Село (Тернопільщина). Закінчила гімназію сестер Василіянок у 1932 р., навчалася у Музичному інституті ім. М. Лисенка та у Львівській політехніці. Працювала в підпіллі ОУН. У 1935 р. засуджена на 8 років ув'язнення у Варшавському (1935) та у Львівському (1936) процесах. У 1939 р. її звільнили з тюрми. У 1940 р. вже НКВС її заарештувало. У в'язниці народила сина Богдана. З початком війни у 1941 р. її звільнили. Продовжувала

працювати в ОУН (псевдо “Монета”, “Молочарка”). Була зв’язковою Центрального проводу ОУН. Організувала підпільну жіночу мережу, що дало можливість повстати Українському Червоному Хресту. Налагодила медично-санітарну службу УПА. Організувала підготовку персоналу для УПА, постачання медикаментами. У 1951 р. її поранили і заарештували. Відбувала 25 років ув’язнення в Верхньоуральській та Владимирській в’язницях, після 1968 р. – в Мордовських концтаборі. У 1972 р. звільнили і дозволили проживати у м. Волочиськ Хмельницької області. До кінця життя залишилася вірною своїм ідеалам. Померла у Львові 24 серпня 1986 р. на 73 році життя.

**14 серпня – 95 років** від дня народження **Михайла Дмитровича Подільчака**, лікаря-хірурга. Народився в с. Коровиця (Польща). У 1942 р. закінчив медичний факультет Празького університету. У 1943-1944 рр. працював асистентом клініки дитячої хірургії і ортопедії у Львові; у 1944-1958 рр. – асистент кафедри госпітальної хірургії Львівського медичного інституту. У 1951 р. захистив кандидатську дисертацію, у 1959-1960 рр. – доцент кафедри. У 1959 р. захистив докторську дисертацію на тему: “О роли пролиферативного воспаления в опухолевом процессе”. В 1961-1966 рр. – професор кафедри госпітальної хірургії; у 1966-1985 рр. – завідувач кафедри загальної хірургії, у 1985-1998 рр. – професор кафедри. Наукові дослідження присвячені проблемам хірургії шлунково-кишкового тракту, операційному лікуванню тромбоемболій легеневої артерії, проблемам онкології. М.Д. Подільчак був автором близько 430 наукових праць, в т.ч. 3 монографій. Підготував 17 кандидатів наук. Помер 11 грудня 1999 р. на 81 р. життя.

**14 серпня – 90 років** від дня народження **Юрія Рудика**. Народився в м. Торунь (Польща). Навчався у Кракові, Холмі. У 1942 р. склав випускні іспити. У 1944-1948 рр. вивчав дентистику в Бреславі і в Мюнхені, фармацію (1948-1953) в УНРРА університеті, згодом у УТГІ у Мюнхені. У 1954-1958 рр. вивчав стоматологію в Ерлянгенському університеті. У 1961 р. отримав диплом доктора дентистичної медицини і розпочав приватну практику.

**16 серпня – 140 років** від дня народження **Лавра Федоровича Аксюка**, лікаря-хірурга. Народився в м. Зіньків Полтавської губернії. У 1899 р. закінчив медичний факультет Харківського університету. У 1904 р. працював у місії Червоного Хреста в м. Харбін (Китай). У 1914-1917 рр. – військовий лікар. В жовтні 1917 р. - березні 1918 р. – ординатор військового шпиталю в Харкові. У 1938 р. – хірург залізничної поліклініки м. Люботин Харківської області. Заарештований 12 лютого 1938 р. дорожньо-транспортним відділом УДБ НКВС Південної залізниці за звинуваченням у антирадянській агітації. 21 травня виправданий Харківським обласним судом за недоведеністю складу злочину.

**16 серпня – 90 років** від дня народження **Юрія Соломоновича Кагана**. У 1963 р. захистив докторську дисертацію, у 1968 р. отримав вчене звання професора. У 1964-1997 рр. працював керівником відділу загальної токсикології і медико-біологічних досліджень Інституту екогігієни і токсикології імені Л.І. Медведя. У 1991 р. був обраний членом-кореспондентом НАН України, в 1993 р. був обраний членом-кореспондентом АМН України. Наукові праці присвячені різним проблемам токсикології. Помер 28 березня 1997 р. на 73 році життя.

**21 серпня – 120 років** від дня народження **Леоніда Гуменюка**, лікаря, бджоляра, патріота. Народився у Старокостянтиніві (Хмельниччина). Після закінчення гімназії і Чугуєвської військової школи був мобілізований, брав участь у битвах на фронті в Заамурському полку. Закінчив військову школу юнкером, перебуваючи на різних фронтах. Був поранений, отримав нагороди за хоробрість. Лютневу революцію 1917 р. застав в

Москві. Будучи штабс-капітаном російської армії вступив в армію УНР. Разом з армією відступав до Галичини. Вступив в УГА. Проїшов всі баталії аж до полону в Польщі. З часом повернувся на Рівненщину, де займався бджільництвом. Заробив гроші і виїхав до Праги, де вступив на медичний факультет Празького університету. Був обраний головою Медичної громади Празького університету. Працював водночас у Державному інституті бджільництва. У 1931 р. завершив навчання і оселився у Сваляві, займався лікарською практикою і водночас заснував приватну школу бджолярства. Брав участь у виставках у Празі, на Всесвітньому конгресі бджолярів у Белграді: отримав дипломи і золоті медалі. Переїхав у Мукачеве, далі у Виноградове, де став директором лічниці. У 1939 р. працював лікарем у Карпатській Січі в Хусті. Згодом переїхав до Німеччини. У Ватенштезі був лікарем для українських лікарів та Головою Українського національного об'єднання (УНО), директором туберкульозного санаторію в Одербергу, після евакуації в Бернштайні. У 1949 р. емігрував у США, працював санітаром університетського госпіталю. Після нострифікації диплому працював лікарем у Кембридж-госпіталі в Міннесоті. Помер 8 серпня 1968 р. не доживши 2 тижні до 74 роки.

**22 серпня – 95 років** від дня народження **Ярослава Кокорудза**. Народився в с. Папоротно Львівської області. Навчався в Кракові. Закінчив консерваторію, потім навчався на медичному факультеті Ягеллонського університету і отримав диплом лікаря в 1944 р. в Берлінському університеті. Після II Світової війни працював лікарем у таборах для переміщених осіб у Карлсфельді та Ельвангені в Баварії. У 1948 р. емігрував у США. Оселився в Бінгемптоні (шт. Нью-Йорк). Проїшов дворічний інтершип і дворічну резидентуру (1950-1953). Працював лікарем в окружному туберкульозному госпіталі штату Нью-Йорк (1953-1959). У 1959 р. переїхав у Чикаго. В 1960-1974 рр. працював лікарем-анестезіологом у Чикаго та Арлінгтоні. Від 1961 р. очолював кафедральний хор “Славути”. Помер раптово 26 травня 1974 р. від інфаркту міокарда на 55 році життя.

**25 серпня – 85 років** від дня народження **Олексія Всеволодовича Богатського**, хіміка-органіка. Народився в Одесі. У 1951 р. закінчив Одеський університет. у 1951-1953 рр. працював у цьому ж університеті. У 1968 р. отримав вчене звання професора, в 1970-1975 рр. працював ректором Одеського університету. Одночасно з 1975 р. був керівником Лабораторій та Дослідного заводу Інституту загальної і неорганічної хімії АН УРСР в Одесі, головою Південного Наукового центру АН УРСР. Від 1977 р. працював директором Фізико-хімічного інституту АН УРСР. Основні наукові дослідження присвячені динамічній стереохімії фізіологічно активних речовин, хімії макроциклів. Розробив методи синтезу та вивчив структуру і комплексо-утворюючі властивості макроциклічних полієфірів. У 1974 р. отримав і в 1978 р. впровадив у виробництво перший вітчизняний транквілізатор – фенозепам. У 1980 р. став лауреатом Державної премії СРСР. Помер 19 грудня 1983 р. на 55 році життя. У 1984 р. його ім'я присвоєно фізико-хімічному інституту АН УРСР.

**25 серпня – 80 років** від дня народження **Владислава Яковича Голоти**, акушер-гінеколога. У 1960 р. закінчив Київський медичний інститут. У 1972 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Рациональное питание беременных женщин”. У 1976 р. організував кафедру акушерства і гінекології Полтавського стоматологічного інституту. У 1977 р. став професором, академіком АН НП. У 1982 р. заснував і очолив кафедру акушерства і гінекології №3 Київського медичного інституту. У 1989 р. отримав звання “Заслуженого діяча науки і техніки УРСР”. Від 1990 р. – декан педіатричного факультету. Був автором понад 300 наукових праць, в тому числі 24 монографій та 24 підручників. Вперше в країні

науково обґрунтував і реалізував санаторно-курортний етап лікувальних та реабілітаційних заходів для вагітних. Ініціатор розробки та впровадження нових методів профілактики непланової вагітності. Був дійсним членом Європейської та Всесвітньої асоціації акушер-гінекологів, віце-президентом Правління асоціації українського товариства акушер-гінекологів. Головний редактор журналу “Проблеми медицини”, член редколегії журналу “Педіатрія, акушерство і гінекологія”.

**26 серпня – 115 років** від дня народження **Івана Пилиповича Алексєєнка**, хірурга-ортопеда. У 1926 р. закінчив Київський медичний інститут. Учень О.Г. Єлецького і М.І. Ситенка. Працював в медичних установах Донбасу, де займався проблемами загальної хірургії, травматології, ортопедії. Від 1932 р. працював у Харківському, а потім Київському НДІ ортопедії і травматології. У 1939 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Роль механических факторов при лечении переломов шейки бедренной кости”. В цьому ж році отримав вчене звання доцента. У 1940 р. призначений заступником наркома охорони УРСР. В роки ВВВ був уповноважений Військової Ради Південно-Західного фронту з керування госпіталями. У 1948-1966 рр. (з перервами) працював директором Київського НДІ ортопедії та травматології; у 1953-1959 рр. – ректор КМІ. У 1959-1966 рр. – головний ортопед травматолог МОЗ УРСР. Наукові дослідження присвячені питанням ортопедії та травматології. Заснував першу в УРСР лабораторію з консервування тканин (1958). Нагороджений орденами та медалями СРСР. Помер 6 квітня 1966 р. на 67 році життя.

**29 серпня – 50 років** від дня народження **Олени Юрїївни Єненко**, лікаря-діагноста. Народилася в Луганську, в сім'ї лікарів. У 1987 р. закінчила Ворошиловоградський медичний інститут. У 1987-1990 рр. працювала онкологом і ендоскопістом в Слов'яносербській районній лікарні. У 1991-1995 рр. була в клінічній ординатурі в Харківському інституті медичної радіології, у клінічній ординатурі та кафедрі урології і онкології Луганського медичного університету (1995-1997). Пройшла спеціалізацію з онкології, ендоскопії, психотерапії, управління охорони здоров'я. Організувала госпісне відділення при Луганському онкологічному диспансері. О.Ю. Єненко – автор понад 20 наукових праць. Очолює Луганський обласний благодійний фонд ім. Ю. Єненка (батька, лікаря-хірурга, громадського діяча). Фонд проводить надзвичайно велику та плідну роботу. Від 2000 р. бере участь в з'їздах і конгресах ВУЛТ та СФУЛТ.

**31 серпня – 155 років** від дня народження **Олександра Андрійовича Кисіля**. Народився у Києві. У 1883 р. закінчив медичний факультет Київського університету. Працював у клініці професора Бистрова. У 1887 р. захистив дисертацію із питання патолого-анатомічних змін в кістках тварин під впливом мінімальних доз фосфору. Від 1892 р. став приват-доцентом Московського університету. Від 1910 р. – викладач Московських вищих жіночих курсів, де організував клініку дитячих хвороб. В подальшому був завідувачем кафедри медичного факультету 2-го Московського університету, реорганізованого в 2-й Медичний інститут. У 1927-1938 рр. – науковий керівник Інституту охорони здоров'я дітей. О.А. Кисіль був автором понад 600 наукових робіт, присвячених питанням педіатрії. Основні роботи з проблем туберкульозу, малярії, гострих дитячих інфекцій. Створив вчення про хронічну туберкульозну інтоксикацію у дітей. Організував першу в СРСР ревматичну клініку. В галузі ревматології виділив 5 “абсолютних ознак ревматизму”, які в доповненому вигляді отримали назву критеріїв Киселя-Джонса-Нестерова.

Пропагував профілактику багатьох захворювань за допомогою фізичних методів лікування (сонячне світло, повітря) та оздоровлення зовнішнього середовища. Був



співредактором відділу “Педіатрія” першого видання “БМЭ”. Помер 8 березня 1938 р. на 79 році життя.

**31 серпня – 90 років** від дня народження **Василя Зарічного**. Народився в Західній Україні. У 1943 р. закінчив СШ в Стрию і розпочав навчання медицини у Львові (1943-1944), а закінчив навчання в Бонському університеті докторською дисертацією на тему: “Навколоартеріальне потовщення” (1951). Згодом емігрував у США. Після завершення інтершипу (1953-1954) в госпіталі Чикаго почав спеціалізуватися з ортопедії: Чикаго (1954-1955) та Оклохома-Сіті (1955-1956). Пройшов базовий ортопедичний 6-місячний науковий курс та 6-місячний ортопедичний феллошин в Нортвестернському університеті в Чикаго (1956-1957). Після іспитів у 1958 р. розпочав приватну ортопедичну практику в Спрінгфілді (шт. Іллінойс). Був головою Українського академічного і професійного товариства. Член УЛТПА, науковий референт УЛТПА та СФУЛТУ.

**31 серпня – 80 років** від дня народження **Лідії Федорівни Конопльової**, вітчизняного терапевта. У 1958 р. закінчила 1-й Ленінградський медичний інститут ім. акад. І.П.Павлова. Учениця В.С. Нестерова. У 1986 р. захистила докторську дисертацію на тему: “Первинна легенева гіпертензія. Клініка і лікування”. У 1990 р. отримала вчене звання професора. У 1990-1995 рр. – працювала професором кафедри факультетської терапії. Від 1995 р. – професор кафедри госпітальної терапії КМІ. Наукові дослідження присвячені проблемам кардіології, пульмонології. Л.Ф. Конопльова є автором понад 160 наукових праць, в тому числі 3 винаходів. Нагороджена медалями СРСР.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Лев Ірина]. – С. 250-251.
2. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліогр. довід. / Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Снилик Олег]. – С.177-178.
3. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: бібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Цимбалістий Богдан-Ярослав]. – С. 309.
4. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: бібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Шухевич-Строкон Степанія]. – С. 330.
5. Циснецька А. Зайченко Олександр Ілліч / А. Циснецька // 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. 119-120.
6. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Шаповалова Валентина Андріївна]. – С. 283.
7. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: бібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Залуцький Мирон-Борис]. – С. 120.
8. Грицко І. Вільчинський Михайло Олександрович / І. Грицко // 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. 48.

9. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: бібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Рожанковський Ярослав]. – С. 242.
10. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліогр. довід. / Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Зарицька-Сорока Катерина]. – С.66-67.
11. Павловський М. Подільчак Михайло Дмитрович / М. Павловський, О. Надрага // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 265-266.
12. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: бібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Рудик Юрій]. – С. 244.
13. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліогр. довід. / Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Аксюк Лавр Федорович]. – С.230.
14. Червяк П.І. Медична енциклопедія. – Київ: Просвіта, 2001. – 1024 с. – Зі змісту: [Каган Юрій Соломонович]. – С. 957.
15. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: бібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Гуменюк Леонід]. – С. 87.
16. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: бібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Кокорудз Ярослав]. – С. 143-144.
17. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Богатский Алексей Всеволодович]. – С. 57.
18. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Голота Владислав Якович]. – С. 60.
19. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Алексєєнко Іван Пилипович]. – С. 6.
20. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліогр. довід. / Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Єненко Олена Юріївна]. – С.62.
21. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Кисіль Олександр Андрійович]. – С. 134.
22. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 2. Лікарі діаспори та їх діяльність для рідного краю: бібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – 448 с. – Зі змісту: [Зарічний Василь]. – С. 121-122.
23. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1841-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с. – Зі змісту: [Конопльова Лідія Федорівна]. – С. 113.

**Ю.М. ПАНИШКО, О.Я. ПАШКОВСЬКА**  
**ГЕННАДІЙ ВАСИЛЬОВИЧ КНИШОВ**  
**ДО 80-річчя від дня народження**

*Одному із авторів цієї статті пощастило: в гостях у видатного львівського кардіохірурга Д.Є. Бабляка у 1973 р. упродовж 2 годин з неослабною увагою слухати захоплюючу розповідь кийського кардіохірурга Геннадія Васильовича Книшова про особливості його стажування у США. Ця зустріч і почута розповідь збереглася в пам'яті.*



Геннадій Васильович Книшов народився 6 серпня 1934 р. в м. Дебальцеве Донецької області в сім'ї залізничників: батько, Василь Федорович (1902-1993), мати – Клавдія Павлівна (1908-1995). В юнацькі роки мріяв бути геологом, але поступив в Донецький медичний інститут, який закінчив у 1958 р. Ще в студентські роки проявилися організаційні здібності, любов до студентської самодіяльності. Після закінчення ДМІ був скерований в Донецьку обласну лікарню, де працював у 1958-1962 рр. Оскільки з'явилося бажання присвятити себе торакальній хірургії Геннадій Васильович поступив в аспірантуру клініки серцево-судинної хірургії Київського НДІ туберкульозу та грудної хірургії. У 1962-1965 рр. він аспірант і потужно працював над дисертацією. У 1965 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Хирургическая тактика при митральном стенозе, осложненном тромбозом левого предсердия”. Після захисту дисертації залишився працювати в інституті. Спочатку молодшим науковим співробітником, потім старшим науковим співробітником (1965-1971). Зростає хірургічна майстерність і в 1971 р. Г.В. Книшов очолив відділення набутих вад серця. В 1972-1973 рр. вчений відбув у США і пройшов стажування в кращих медичних центрах країни: в дитячому госпіталі Бостона (керівник А. Кастанеда); в клініці Мейо (керівник Д. Мак-Гун); в клініках Клівленда (керівник Г. Фавалоро); в Національному інституті серця та легень в Бетезді; у Техаському інституті серця (керівники Д. Кулі, М. Дебеккі). Саме останні хірурги створили найбільше враження на Геннадія Васильовича не лише як лікарі, але як науковці та яскраві особистості.

У 1975 р. Г.В. Книшов захистив докторську дисертацію на тему: “Протезирование митрального клапана при приобретённой недостаточности”.

У 1978 р. Г.В. Книшову вдалося попрацювати кардіохірургом в госпіталях Лідса і Хаммерсмита в Англії. У 1979 р. його призначили керівником відділення коронарної недостатності, а у 1979-1980 рр. керівником відділення хірургічного лікування захворювань серця та судин. У 1980-1988 рр. Геннадій Васильович працював заступником директора з наукової роботи Київського НДІ серцево-судинної хірургії. У 1984 р. відбувся візит Г.В. Книшова в лабораторію міокардіопластики проф. Леррі Стефенса в Детройті (США). З часом було багато інших відряджень.

Г.В. Книшов брав активну участь в десятках всесвітніх та міжнародних конгресах, симпозіумах, конференціях в різних країнах на різних континентах.

**“У 1988 р., коли мені було 75 років, – пише М.М. Амосов, – я визнав неможливим для себе залишатися директором Інституту серцево-судинної хірургії. В Інституті були проведені вибори, і моїм наступником було обрано лікаря Геннадія Васильовича Книшова”.** Таким чином, у 1988 р. Г.В. Книшов став другим, після М.М. Амосова, директором Київського НДІ серцево-судинної хірургії і вже 26 років працює на цій посаді.

У 1988 р. Г.В. Книшов став Лауреатом Державної премії УРСР в галузі науки і техніки. Від 1992 р. він – завідувач кафедри серцево-судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Шупика, а від 1993 р. – завідувач відділу рентгенохірургічних методів лікування гострокоронарної недостатності. У 1994 р. йому присвоєно звання “Заслуженого діяча науки і техніки України”. В березні 1994 р. Г.В. Книшов обраний академіком АМН України. Він – відомий вчений-кардіохірург, фахівець в галузі хірургічних методів лікування вроджених і набутих вад серця, ішемічної хвороби серця, складних порушень ритму серця. Вперше в Україні впровадив у клінічну практику методику аорто-коронарного шунтування з приводу ішемічної хвороби серця, операції хірургічної корекції тахисистолічних форм аритмій, розробив і впровадив методи лікування гострого інфекційного ендокардиту. Під його керівництвом впроваджено в клінічну практику в Україні найбільш складні ургентні операції з приводу вроджених вад серця у новонароджених. Саме Геннадію Васильовичу належить ідея застосування оригінального апарату видалення тромбів із лівого пересердя на працюючому серці для профілактики тромбоемболій артерій мозку.

За роки керівництвом інститутом Г.В. Книшовим створена кардіохірургічна школа, яка охоплює всі види серцево-судинної патології та забезпечує прогресивний розвиток кардіохірургії в Україні. За ініціативою Г.В. Книшова та його безпосереднього впливу створено 24 центри / відділення кардіохірургії в Україні, що привело до зростання кількості кардіохірургічних операцій.

Результати досліджень лікувальної діяльності та наукових пошуків Г.В. Книшова знайшли своє відображення в 600 опублікованих статтях в українських та іноземних журналах, збірниках, в 10 монографіях, 3 підручниках, 16 патентах на винаходи. Під керівництвом Г.В. Книшова захищено 10 докторських та 30 кандидатських дисертацій. Вчений очолює єдину в Україні спеціалізовану Вчену раду із захисту дисертацій зі спеціальності 140104 “серцево-судинна хірургія”.

У 2005 р. Г.В. Книшов став Лауреатом Державної премії в галузі науки і техніки. У 2006 р. Г.В. Книшов був обраний академіком Національної Академії наук України (відділення молекулярної біології, біохімії, експериментальної і клінічної фізіології”.

Геннадій Васильович Книшов є членом Президії АМН України (від 2007), членом Європейської асоціації серцево-торакальних хірургів (1990), Президентом Асоціації серцево-судинних хірургів України (1992)/, членом Американської асоціації торакальних хірургів (1993), членом Комітету із Державних премій в галузі науки і техніки (1997), членом Комітету із Державних нагород та геральдики (2005), відповідальними редактором щорічника наукових праць Асоціації серцево-судинних хірургів України, членом редакційних колегій та редакційних рад 11 провідних наукових журналів.

За наукову, лікувальну, педагогічну та громадську діяльність Г.В. Книшов удостоєний високих урядових нагород: звання Герой України з врученням ордену Держави (2004), ордену “Знак Пошани”, орденів князя Ярослава Мудрого V та IV ст., звання Лауреата Державної премії УРСР (1988), Державної премії України (2005), Лауреата премії ім. М.М. Амосова (2005), золотої медалі Центру серцево-судинної хірургії ім. Бакулева РАМН. Учений-хірург був визнаний “Людиною року – 2003” у номінації “Наука”. Г.В. Книшов був обраний іноземним членом РАМН.

Лідер українських серцево-судинних хірургів України, академік Геннадій Васильович Книшов зустрів свій ювілей у розквіті всіх своїх сил.

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

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Геннадий Васильевич Книшов (К 60-летию со дня рождения) // Клиническая хирургия. – 1994. – №8. – С. 77-78.
2. Академик Геннадий Васильевич Книшов (К 65-летию со дня рождения) // Международный медицинский журнал. – 1999. – №3. – С. 127.
3. Геннадій Васильович Книшов (до 70-річчя від дня народження) // Український кардіологічний журнал. – 2004. – №5. – С. 91-92.
4. До 70-річчя академіка АМН України Геннадія Васильовича Книшова // Серце і судини – 2004. – №4. – С. 103-104.
5. 70-річчя члена-кореспондента НАН України Г.В. Книшова // Вісник НАН України. – 2004. – №8. – С. 70-72.
6. Хто є хто в Україні / Уклад. та ред. Ю.Марченко, О. Телемко. – К.: К.І.С., 2006. – 1136 с. – Зі змісту: [Книшов Геннадій Васильович]. – С. 431-432.
7. Геннадій Васильович Книшов (до 75-річчя від дня народження) // Український кардіологічний журнал. – 2009. – №5. – С. 116-117.
8. Академіку НАН та АМН України Г.В. Книшову – 75 років // Журнал АМН України. – 2009. – №3. – С. 622-623.
9. Академик АМН и НАН Украины Книшов Геннадий Васильевич (К Юбилею) // Международный медицинский журнал. – 2009. – №3. – С. 135-136.
10. Книшов Геннадій. І життя триватиме // Шаров І.Ф. 100 особистостей України / І.Ф. Шаров. – К.: Арт Економі, 2011. – С. 210-215,

**Ю.М. ПАНИШКО, А.Л. ВАСИЛЬЧУК**  
**ПЛАТОН ГРИГОРОВИЧ КОСТЮК**  
**До90-річчя від дня народження**

*Одному із авторів цієї статті пощастило бачити і слухати П.Г. Костюка на з'їздах Українського фізіологічного товариства. Але повне усвідомлення всієї величч цієї Особистості та непоправної втрати прийшло тільки після відходу Платона Григоровича у Вічність.*



Платон Григорович Костюк народився 20 серпня 1924 р. у Києві в інтелігентній сім'ї: батько – Григорій Силович (1899-1982) пройшов шлях від сільського вчителя до академіка. Він був відомим українським психологом, педагогом, засновником української психологічної школи, фахівцем з дитячої та педагогічної психології, дійсним членом АПН СРСР (з 1963 р.), керівником лабораторії психології Українського НДІ психології УРСР, керівником Київської лабораторії розвитку мислення школярів Інституту загальної та педагогічної психології АПН СРСР (1972-1982). Мати – Мотрина Федорівна (1898-1980), хімік-аналітик. Батьки сприяли вибору майбутньої професії Платона. Зі слів Платона Григоровича, “все дитинство пройшло в кабінеті батька”.

Молодший брат Платона Григоровича – Олександр Григорович Костюк (1933-2000) був відомим науковцем в галузі загального музикознавства, психології та естетики музики, очолював Інститут мистецтвознавства, фольклористики та етнології ім. М.Т. Рильського НАН України (1988-2000), був академіком НАН України.

Батьки мріяли, щоби діти володіли іноземними мовами. Гувернантка (німкеня), яка жила в сім'ї і прогулювала дітей, навчила їх німецької мови. А потім настала черга вивчити англійську та французьку мову. У червні 1941 р. закінчив СШ. З початком Великої Вітчизняної війни з батьком виїхали в Сталінград, де можна було поступити в медичний або педагогічний інститут. Платон Григорович поступив в медичний і в педагогічний інститут на факультет іноземних мов. Коли фронт наближався до Сталінграду, у 1942 р. виїхали з батьком у Кзил-Орду (Казахстан), де знаходився в евакуації Об'єднаний український університет. Там був лише біологічний факультет і прийшлося перейти на біологічний факультет. У 1943-1945 рр. П.Г. Костюк – курсант Харківського військово-медичного училища, яке базувалося в Ашхабаді. У 1945 р. – фельдшер окремого резервного батальйону медичного складу, з яким дійшов до Східної Пруссії. Після демобілізації у 1945 р. повернувся в Київ і навчався на біологічно-грунтознавчому факультеті Київського університету імені Т.Г. Шевченка. Але тяга до медицини залишилася і вже працюючи молодшим науковим співробітником Інституту фізіології Київського державного університету Платон Григорович поступив на вечірнє відділення лікувального факультету Київського медичного інституту. У 1949 р. П.Г. Костюк закінчив Київський медичний інститут і отримав диплом лікаря. Велике враження на Платона Григоровича зробили лекції академіка Микити Борисовича Маньковського (р.н.1914), який читав неврологію. Це, значною мірою, вплинуло на вибір сфери наукової діяльності. Другим вчителем Платона Григоровича став Данило Семенович Воронцов (1886-1965), видатний вчений в галузі електрофізіології, який у 1935-1945 рр. був завідувачем кафедри фізіології людини Київського медичного інституту; у 1945 р. створив відділ загальної фізіології в Інституті

фізіології Київського університету, а в 1956 р. – лабораторію електрофізіології в Інституті фізіології АН УРСР. Випускню дипломну роботу, пов'язану з аспектами електрофізіології Платон Григорович захистив у 1946 р. Матеріально-технічне забезпечення в лабораторії було дуже бідним і Д.С.Воронцов стимулював у співробітників уміння створювати необхідне електрофізіологічне обладнання своїми руками. У 1949 р. (у віці 25 років) Платон Григорович захистив кандидатську дисертацію на тему: “Адаптація нерва к поступенно наростающому електрическому току” і отримав вчений ступінь кандидата біологічних наук. У цьому ж році він завершив навчання у Київському медичному інституті і отримав диплом лікаря. Від 1950 р. П.Г. Костюк розпочав викладацьку діяльність на кафедрі фізіології тварин і людини КДУ ім. Т.Г. Шевченка. У 1956 р. він захистив докторську дисертацію на тему: “Центральное торможение в простейшей рефлекторной дуге”. В Інституті фізіології КДУ ім. Т.Г. Шевченка П.Г. Костюк працював старшим науковим співробітником, потім завідувачем відділу загальної фізіології до 1958 р. У 1958-1960 рр. працював завідувачем лабораторії загальної фізіології Інституту фізіології ім. О.О. Богомольця АН УРСР.

У 1959 р. під час “хрущовської відлиги” П.Г. Костюк в складі радянської делегації був присутнім на XXI Міжнародному конгресі фізіологічних наук в Буенос-Айресі, де виступив з доповіддю про дослідження окремих нейронів за допомогою мікроелектродів. Після доповіді до П.Г. Костюка підійшов один із засновників сучасної нейрофізіології Джон Керью Екклс (1903-1997) і пряомолінійно спитав, де цьому навчався автор доповіді. П.Г. Костюк заявив, що все зроблено самостійно. Д.К. Екклс запросив П.Г. Костюка до своєї лабораторії в Канберрі і гарантував оплату витрат. П.Г. Костюк підготував відповідні документи і почав чекати дозвіл на відрядження. Але радянська дійсність виявилась зовсім іншою. Йшли місяці, але дозволу на виїзд не було. Тоді Д.К. Екклс подзвонив в Інститут і спитав про причину неприїзду П.Г. Костюка в Австралію. В ході розмови Екклс зрозумів ситуацію і заявив, що він дасть офіційну телеграму М.С.Хрущову. Через тиждень всі необхідні документи були у П.Г. Костюка. У 1960-1961 рр. П.Г. Костюком спільно з Дж. Екклсом у Канберрі були проведені дослідження з визначення природи гальмування та його значення у рефлекторній діяльності мозку та опубліковано 5 статей у провідних міжнародних журналах. Спільні наукові роботи з Екклсом, Шмідтом (Німеччина), Іто та Ошимою (Японія) принесли П.Г. Костюку міжнародне визнання. У 1961 р. він отримав вчене звання професора. У 1962 р. вчений був членом радянської делегації на XXII Міжнародному Конгресі фізіологічних наук в Лейдені (Нідерланди). У 1964 р. П.Г. Костюк обраний членом-кореспондентом АН УРСР. У 1965 р. він був делегатом XXIII Міжнародного конгресу фізіологічних наук в Токіо. Від 1966 р. Платон Григорович очолював Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця АН УРСР і працював на цій посаді майже 45 років. У 1966 р. вчений був обраний членом-кореспондентом АН СРСР. У грудні 1969 р. П.Г. Костюк став національним академіком АН УРСР, а в листопаді 1974 р. – академіком АН СРСР. Від 1975 по 1988 р. він працював академіком-секретарем Відділення фізіології АН СРСР. Упродовж 12 років кожного тижня в ніч з понеділка на вівторок Платон Григорович виїздив швидким потягом “Київ-Москва”, брав участь в засіданні Президії Академії, вирішував багато справ і вночі знову повертався до Києва, щоби в середу плідно вирішувати інститутські справи. Президентом АН СРСР був знаменитий фізик А.П. Александров, віце-президентами – академік В.О. Котельніков, Ю.А. Овчинніков, Г.І. Марчук, Є.П. Веліхов. Співпраця та спілкування з провідними вченими країни мала великий вплив на формування Платона Григоровича як видатного вченого та організатора науки. Використовуючи мікроелектродну техніку для дослідження структурно-

функціональної організації нервових центрів, молекулярних механізмів збудження та гальмування в нервових клітинах, Платон Григорович постійно удосконалював апаратну базу. Винахідницька діяльність була успішною: він отримав 7 патентів на винаходи приладів для електрофізіологічних досліджень. За розробку та створення унікальних приладів йому разом з співробітниками відділу та дослідно-конструкторського виробництва Інституту фізіології в 1976 р. присуджено Державну премію в галузі науки і техніки УРСР. У 1977 р. П.Г. Костюку за монографію “Структура и функция нисходящих систем спинного мозга” (1973) присуджено премію ім. І.М. Сеченова АН СРСР.

Як директор Інституту П.Г. Костюк багато працював над будівництвом науково-експериментального корпусу і в 1979 р, колектив отримав 16-поверховий будинок нового інституту. П.Г. Костюком з колективом розроблені оригінальні методики, за допомогою яких було вивчено закономірності діяльності клітинної мембрани. У соматичній мембрані було виявлено різноманітний спектр електрокерованих іонних каналців. Вивчені іонні насоси, які здійснюють активний транспорт іонів через плазматичну мембрану. За цикл праць, виконаних у 1969-1981 рр. П.Г. Костюку із співпрацівниками присуджено Державну премію СРСР (1983). За допомогою спеціальної модифікації методу внутрішньоклітинного діалізу вдалося зареєструвати коливання струмів окремих кальцієвих каналів і дати їх функціональну характеристику. У 1983 р. у Державному комітеті СРСР у справах винаходів і відкриттів за №276 було зареєстровано наукове відкриття “Явление избирательной саморегулируемой кальциевой проводимости мембраны сомы нервной клетки”. Ця робота була відзначена міжнародною премією імені Луїджі Гальвані (1992, США). За роботу “Синаптическая передача сигналов у нервной системе: клеточные и молекулярные механизмы та шляхи корекції їх порушень” П.Г. Костюку із співробітниками присуджено Державну премію України в галузі науки і техніки (2003).

Наукову роботу П.Г. Костюк поєднував з науково-організаційною діяльністю. Він був членом президії НАН України (1988-2004), віце-президентом НАН України (1993-1998), віце-президентом Міжнародної організації з вивчення мозку – IBRO (1974-1979), головою Радянського комітету IBRO (1974-1990), членом Центральної Ради і віце-президентом Міжнародного союзу фізіологічних наук (1980-1994), віце-президентом Федерації Європейських союзів фізіологічних наук (1991-1995), віце-президентом Міжнародного союзу і теоретичної та прикладної біофізики (1975-1981). П.Г. Костюк очолював Українське товариство фізіологів (1968-2010), був Президентом спілки фізіологічних товариств СНД (2005-2010).

П.Г. Костюк був організатором і активним учасником міжнародних форумів. Великий міжнародний авторитет вченого сприяв тому, що Платон Григорович був обраний дійсним членом Німецької Академії природознавців “Леопольдіна” (1966), Європейської Академії природознавства (1989), АН Чехословаччини (1990), АН Угорщини (1990).

П.Г. Костюк обирався депутатом (1975-1990) і головою Верховної Ради УРСР (1985-1990). Саме за час головування Платона Григоровича Верховна Рада УРСР прийняла закон про українську мову.

П.Г. Костюк був засновником і головним редактором журналу “Нейрофізіологія” (1969), головним редактором журналу “Доповіді НАН України”, членом редакційної колегії “Фізіологічного журналу”, “Журнала еволюционной биохимии и физиологии” (Санкт-Петербург), журналу “Нейрохимия” (Москва), членом редакційних рад “Российского физиологического журнала им. И.М Сеченова” (Санкт-Петербург), журналів “Биофизика” (Москва), “Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія” (Львів), “Медицина гідрологія



та реабілітація” (Трускавець). У 1976-1999 рр. П.Г. Костюк був співредактором журналу “Neuroscience” (Оксфорд)

Академік П.Г. Костюк створив всевітньо відому наукову школу дослідників у галузі нейрофізіології, клітинної та молекулярної фізіології, біофізики. Під його керівництвом захищено 84 кандидатських та 32 докторські дисертації. Платон Григорович Костюк був автором понад 1000 наукових праць, в тому числі 16 монографій, 4 підручників.

За своє життя П.Г. Костюк був удостоєний багатьох державних нагород. Він – Герой Соціалістичної праці (1894), Герой України (2007), нагороджений орденом Леніна (1981, 1984), Трудового Червоного Прапора (1967, 1974), орденом князя Ярослава Мудрого V ст. (1998), орденом “За заслуги” III ст. (1993), Золотою медаллю ім. Вернадського НАН України (2004) за №2, Світовою медаллю Свободи (США, 2006), Золотою медаллю для України (США, 2007). У 2009 р. П.Г. Костюк був нагороджений медаллю “За особливі заслуги” ім. Леонарда Ейлера (Європейська академія природознавства), Золотою медаллю ім. І.М.Сеченова РАН.

В останні роки йому було важко. Ситуація в державі, відсутність стабільного фінансування – створювали складності в роботі інституту. Роки давали про себе знати. 10 травня 2010 р. його не стало. Він прожив 85 років 8 місяців 20 днів.

Над робочим столом багаторічного секретаря Платона Григоровича, п. Ілони, висить папірець, де рукою шефа написано: “Я буду через час П.Г.”. Він дійсно повернувся: в наших думках, справах, в учнях, які продовжують працювати.

Безсмертний лозунг Революції Гідності “Герої не вмирають” залишається в силі.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Костюк Платон Григорович // БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.13: Конда-Кун. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1973. – С. 280.
2. П.Г. Костюк (К 50-летию со дня рождения) // Физиологический журнал СССР им. И.М. Сеченова. – 1975. – Т.61. – №2. – С. 314-315.
3. Шуба М.Ф. Костюк Платон Григорович / М.Ф. Шуба // БМЭ в 30 т. / гл. ред. акад. Б.В. Петровский. – Т.16: Коамид-Криотерапия. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1979. – С. 466.
4. Костюк Платон Григорович // УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.5: Кантата-Кулики. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1980. – С. 451.
5. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Костюк Платон Григорьевич]. – С. 328-329.
6. Платон Григорьевич Костюк / сост. З.А. Сорокина, П.А. Вихрева. – Киев: Наукова думка, 1986. – 80 с.
7. Ювілеї // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 1999. – №3. – С. 120-121.
8. Магура І.С. Платон Григорович Костюк (до 75-річчя з дня народження) / І.С. Магура // Фізіологічний журнал. – 1999. – Т.45. – №4. – С. 5-7.
9. Академіку НАН і АМН України П.Г. Костюку – 75 років // Журнал АМН України. – 1999. – №5. – С. 619-621.
10. Медведь В. Интервью с П.Г. Костюком / В. Медведь // Лікування та діагностика. – 2000. – №3. – С. 2-5.

11. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Костюк Платон Григорович (Костюк П.Г.)]. – С. 144, 162, 296.
12. Академіку НАН і АМН України П.Г. Костюку – 80 років // Журнал АМН України. – 2004. – №3. – С. 621-623.
13. Василенко Д.А. Платон Григорович Костюк (К 80-летию со дня рождения) / Д.А. Василенко // Нейрофизиология. – 2004 – Т.36. – №4. – 354-356.
14. Мойбенко О.О. Платон Григорович Костюк (до 80-річчя з дня народження) / О.О. Мойбенко, В.Ф. Сагач, М.М. Ткаченко // Фізіологічний журнал. – 2004. – Т.50. – №4. – С. 5-9.
15. Магазаник Л.Г. Платон Григорович Костюк (К 80-летию со дня рождения) / Л.Г.Магазаник // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2004. – №8. – С. 1078-1080.
16. Хто є хто в Україні / Уклад. та ред. Ю.Марченко, О. Телемко. – К.: К.І.С., 2006. – 1136 с. – Зі змісту: [Костюк Платон Григорович]. – С. 480.
17. Платон Григорович Костюк: до 85-річчя з дня народження // Медична гідрологія та реабілітологія. – 2009. – Т.7. – №3. – С.4-8.
18. Сагач В.Ф. Платон Григорович Костюк – вчений, організатор науки, державний діяч, особистість / В.Ф. Сагач, О.О. Майбенко, М.М. Ткаченко // Фізіологічний журнал. – 2009. – №4. – С. 5-9.
19. Платон Григорович Костюк // Журнал АМН України. – 2010. – №2. – С. 367-369.
20. Світла пам'ять: Платон Григорович Костюк (1924-2010 рр.). Легенда української та світової фізіології // Клінічна та експериментальна патологія. – 2010. – Т. IX. – №2. – С. 156-157.
21. Пам'яті Платона Григоровича Костюка // Медична гідрологія та реабілітація. – 2010. – №2. – С. 4-6.
22. Лук'янець О.О. Пам'яті академіка П.Г. Костюка / О.О. Лук'янець // Фізіологічний журнал. – 2010. – Т.56. – №4. – С.139-148.
23. Кришталь О.О. Всесвітня слава науки і гордість українського народу – Платон Григорович Костюк / О.О. Кришталь, В.Ф.Сагач, А.М. Шевко // Фізіологічний журнал. – 2010. – Т.56. – №4. – С. 3-9.
24. Брежестовський П. Академик Платон Григорьевич Костюк (20.08.1924-10.05.2010) / П. Брежестовский // Российский физиологический журнал. – 2010. – №10. – С. 1034-1040.
25. Трахтенберг И.М. Воспоминания и заветы в последней книге: академик Костюк о жизни и науке / И.И. Трахтенберг // Здоров'я України. – 2010. – №17. – С. 72-74.
26. Крышталь О.А. Вклад П.Г. Костюка в парадигму кальциевой сигнализации / О.А. Крышталь // Фізіологічний журнал. – 2011. – Т. 57. – №5. – С. 5-7.
27. Костюк Платон. Реалізуємо себе на Батьківщині / Платон Костюк // Шаров І.Ф. 100 особистостей України / І.Ф. Шаров. – К.: Арт Економі, 2011. – С. 224-227.

## Хроніка серпня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

**1 серпня – 270 років** від дня народження **Жана Батиста П'єра Антуана де Моне Шевальє де Ламарка**, французького вченого-природознавця. Народився в Базантені (Пікардія). Батьки віддали Ламарка в єзуїтський коледж для підготовки до духовного звання. В коледжі він ознайомився з філософією, математикою, фізикою, стародавніми мовами. У 16 років Жан Ламарк залишив коледж і пішов добровольцем в діючу армію. Брав участь у семирічній війні, проявив хоробрість і отримав звання офіцера. В 1768 р. він залишив військову службу, а через деякий час приїхав у Париж, щоб навчатися медицині. Упродовж 1772-1776 рр. вивчав ботаніку і медицину. Напружена праця принесла свої результати. У 1778 р. він випустив 3-х томну працю “Flore française”. У третьому виданні вчений почав вводити аналітичну систему класифікації рослин. Книга принесла Ламарку визнання і він став відомим ботаніком. У 1783 р. Ламарк був обраний членом Паризької АН. Основні наукові роботи присвячені створенню теорії історичного розвитку живої природи. У 1794 р. розділив всіх тварин на 2 групи: хребетних і безхребетних. Останню групу, в свою чергу, поділив на 10 класів. Сформулював положення про роль середовища у виникненні різноманіття форм живих істот, впливу на величину, будову та функцію їх органів. Одночасно з Л.К. Тревіранусом (1779-1864) запропонував термін “біологія”. Виклав своє еволюційне вчення в трактаті “Філософія зоології” (1809). Ламарк створив у 1815-1822 рр. свою капітальну працю “Природня історія безхребетних” в 7 томах. До 1820 р. він повністю осліп, свою працю диктував донькам.

Жив і помер у злиденності 18 грудня 1829 р. на 86 році життя.

У 1909 р. в Парижі урочисто відкрито пам'ятник Ламарку. На одному з барельєфів зображений сліпий Ламарк, що сидить в кріслі та донька, яка стоїть поруч і “говорить” йому: “Нашадки будуть захоплюватися Вами, батько, вони відомстять за Вас”.

**2 серпня – 80 років** – від дня народження **Юрія Анатолійовича Овчиннікова**, російського хіміка та біохіміка. Народився в Москві. У 1957 р. закінчив Московський університет. Від 1960 р. працював в Інституті біоорганічної хімії АН СРСР, від 1970 р. – директор інституту, водночас з 1972 р. – завідувач кафедри біоорганічної хімії Московського університету. Наукові роботи присвячені вивченню будови та синтезу різних типів фізіологічно активних сполук, вивченню механізмів їх дії. Встановив будову деяких білків – аспартатамінотрансферази, нейротоксинів, рибосомальних білків. Розробив мас-спектроскопічний метод визначення послідовності амінокислотних залишків в пептидах та метод синтезу пептидів на полімерному носії. Провів роботи по вивченню іонофорів – валіноміцина, енніатинів, селективно збільшуючих транспорт-іонів через мембрани.

У 1978 р. за цикл робіт Ю.А. Овчинніков отримав Ленінську премію в галузі науки. У 1981 р. був нагороджений почесним званням “Герой Соціалістичної Праці”. Він – дійсний член АН СРСР (1970), її віце-президент (1974), член низки академій зарубіжних країн. Помер 17 лютого 1988 р. на 54 році життя.

**4 серпня – 155 років** – від дня народження **Вільяма Сазерленда**, австралійського фізико-хіміка. Народився в Дамбартоні (Шотландія). У 1879 р. закінчив Мельбурнський університет. У 1879-1881 рр. удосконалював свою освіту в Університетському коледжі Лондона. У 1882 р. повернувся у Мельбурн, співпрацював з Мельбурнським університетом. Дослідження пов'язані з вивченням в'язкості рідин та газів, міжмолекулярної взаємодії, іонізації та швидкості переносу іонів у розчинах. У 1893 р. запропонував динамічне пояснення співвідношення в'язкості газів та їх температурою. Встановив залежність енергії міжмолекулярної взаємодії від розмірів молекули, ввів поняття про міру міжмолекулярної взаємодії (константа Сазерленда). Прийшов до висновку, що рідка вода є сумішшю “дигідроля” (H<sub>2</sub>O)<sub>2</sub> та тригідроля (H<sub>2</sub>O)<sub>3</sub>. Пар

складається з “гідроля” (H<sub>2</sub>O), а лід – із більш високомолекулярних комплексів (1900). Показав (1902), що електрична провідність розчинів зворотно-пропорційна внутрішньому тарту та ступені дисоціації електролітів. Висунув положення про повну дисоціацію будь-яких електролітів, що ступінь дисоціації завжди дорівнює 1,0, але залежить від концентрації. Помер 5 жовтня 1911 р. на 53 році життя.

**5 серпня – 180 років** від дня народження **Евальда Герінга**, німецького фізіолога. Народився в Альтгерсдорфі. У 1853-1858 рр. навчався у Лейпцигському університеті. Пройшов курс навчання у Е.Г. Вебера (1795-1878) та Г.Т. Фехнера (1801-1887). Захистив докторську дисертацію з питань зоології. Далі працював практичним лікарем і асистентом в поліклініці. Під керівництвом Е.Г. Вебера підготував дисертацію про бінокулярність просторового сприйняття. У 1862 р. Е. Герінг став приват-доцентом фізіології в Лейпцигському університеті, у 1865 р. –професором медицини, фізики та фізіології в медико-хірургічній академії у Відні, почав працювати з Й. Брейєром. Вивчав рефлекторні зміни дихання при подразненні блукаючого нерва. Описав разом з Й. Брейєром рефлекс саморегуляції дихання (рефлекс Герінга-Брейєра). У 1869 р. Е. Герінг став членом Німецької АН. У 1870 р. він прийняв запрошення працювати в Празькому університеті. У 1882 р. став першим ректором Німецького університету. У 1895 р. він повернувся у Лейпциг, де отримав кафедру фізіології після смерті К. Людвіга.

Основні роботи присвячені фізіології дихання, органів сенсорних систем, м'язів. Запропонував гіпотезу світло- та кольоровідчуття, виділив 4 основні кольори: червоний, жовтий, зелений та синій. Вважав, що кожній парі основних кольорів відповідає особлива речовина в сітківці ока. Пояснив явища контрасту. Уявляв пам'ять як загальну функцію організованої матерії. Помер 26 січня 1918 р. на 84 році життя.

**5 серпня – 110 років** від дня народження **Олексія Олексійовича Мінха**. Народився в Полтаві. У 1927 р. закінчив медичний факультет Саратовського університету. У 1930-1932 рр. – в.о. завідувача кафедри гігієни Саратовського медінституту. Від 1932 р. – асистент кафедри загальної гігієни 1-го Ленінградського медичного інституту, від 1937 р. – доцент цієї ж кафедри. У 1937 р. захистив докторську дисертацію. У 1938 р. – завідувач кафедри гігієни в Ленінградському стоматологічному інституті, одночасно (1934-1940 рр. ) – керівник шкільно-гігієнічної лабораторії Ленінградського інституту охорони здоров'я дітей та підлітків та кафедри гігієни харчування 2-го Ленінградського інституту (1941-1942). Від 1946 р. – завідувач кафедри гігієни в Московському медичному стоматологічному інституті і в Центральному інституті фізичної культури.

О.О. Мінх був автором понад 120 наукових праць. Він був одним із піонерів вивчення значення іонізації повітря, гігієни фізичного виховання, харчування спортсменів, гігієни спортивних споруд. Помер у 1984 р. на 80 році життя.

**13 серпня – 220 років** від дня народження **Марі Жана П'єра Флуранса**, французького лікаря, анатома і фізіолога. У 15 років він почав вивчати медицину в Монпельє і вже у 1813 р. здобув ступінь доктора медицини. У 1814 р. приїхав у Париж, де познайомився з видатним французьким зоологом Ж. Кюв'є (1769-1832), який почав опікуватися майбутнім вченим. У 1821 р. Флуранс прочитав курс лекцій з фізіології відчуттів, який привернув увагу вчених. У 1838 р. він був обраний членом АН по відділенню сільської економії, а в 1830 р. отримав кафедру порівняльної анатомії в Ботанічному саду, в 1832 р. став професором “au musee”, а в 1833 р. був обраний постійним секретарем Паризької АН. В 1840 р. вченого обрали членом Французької АН. Від 1855 р. керував кафедрою порівняльної анатомії і фізіології Паризького університету. Наукові праці вченого присвячені ембріології, порівняльній анатомії, фізіології, історії науки, філософії. У 1822 р. Флуранс експериментально підтвердив дані Ж. Легаллуа про значення довгастого мозку в регуляції дихання. У 1824 р. дійшов висновку, що півколові канали є органом рівноваги. Роботами (1823-1831) довів важливу роль мозочка в координації довільних рухів, в 1828 р. описав ністагм, встановив участь чотиригорбикового тіла у сприйнятті зорових

відчуттів. Започаткував вчення про локалізацію функцій у ЦНС. Важливе значення мали досліди Флуранса з так званим “переучуванням” нервових центрів. Він перехресно зшивав кінці перерізаних нервів, що іннервують м’язи-згиначі та розгиначі крила півня. М’яз-згинач виявлявся зв’язним з “центром розгинання”, а м’яз-розгинач – із “центром згинання”. Таким чином, функція крила цілковито порушувалась, але через деякий час відновлювалась, що свідчить про зміну функцій нервових центрів.

Флуранс вивчав будову костей та зубів, будову шкіри та слизових оболонок. Спостерігав знеболювальний ефект хлороформу, ефіру. Цікавився проблемами довголіття.

Разом із спеціальними працями Флуранс опублікував деякі філософські праці. Його авторитет був великим і вже у 1835 р. він був обраний членом Лондонського королівського товариства. Помер 6 грудня 1867 р. на 74 році життя.

**13 серпня – 170 років** від дня народження **Фрідріха Мішера**, швейцарського лікаря. Народився у Базелі. У 1868 р. закінчив Базельський університет. У 1868-1869 рр. працював у лабораторії Е.Ф. Гоппе-Зейлера в Тюбінгенському університеті, у 1869-1870 рр. – у фізіологічному інституті в Лейпцигу, від 1871 р. – в Базельському університеті. Наукові роботи присвячені визначенню хімічного складу і обміну речовин в клітині. У 1869 р. виділив із залишків клітин речовину, в склад якої входили азот та фосфор. Назвав цю речовину нуклеїном (від лат “нуклеус” – ядро). З часом небілкова частина цієї речовини була названа нуклеїновою кислотою. У 1874 р. встановив, що нуклеїнові кислоти є багатоосновними. Виділив в цьому році протамін. Вивчав кількісний склад вуглекислоти та її роль в клітинному диханні. Помер 26 серпня 1895 р., проживши 51 рік і 13 днів.

**14 серпня – 180 років** від дня народження **Фрідріха Леопольда Гольтца**, німецького фізіолога. Народився в Позені (Познані). Закінчив Кенігсберзький університет. У 1858 р. захистив дисертацію. Від 1861 р. працював у цьому університеті. У 1865 р. отримав вчене звання професора, а в 1869 р. опублікував першу книгу “До вивчення нервових центрів у жаб”. Від 1870 р. – професор університету в Галле, а з 1872 р. – професор Страсбурзького університету, де пропрацював до 1901 р. Основні наукові роботи пов’язані з фізіологією ЦНС. Вивчав регуляторний вплив нервової системи на діяльність внутрішніх органів. В історію фізіології ввійшов дослід Гольтца із гальмуванням серцевої діяльності жаби під впливом подразнення блукаючого нерва (удар по черевній порожнині викликає зупинку серця в діастолі). У 1881 р. вперше у світі видалив великі півкулі головного мозку у собаки, яка прожила після операції 18 місяців. Довів, що тварина без великих півкуль втрачає нормальний аналіз зовнішніх подразників. Заклав основи уявлень про компенсаторні можливості ЦНС. Помер 4 травня 1902 р. на 68 році життя.

**16 серпня – 165 років** від дня народження **Йохана Густава Кристофора Кьєльдаля**, данського хіміка. Від 1867 р. навчався в Копенгагенському університеті та Вищій технічній школі в Копенгагені (до 1873). Від 1873 р. працював у Данській королівській сільськогосподарській школі. Від 1876 р. – директор Карлсберзької лабораторії в Копенгагені. Основні дослідження присвячені розробці методів аналізу органічних сполук. У 1883 р. запропонував метод визначення вмісту азоту в органічних сполуках, що отримав його ім’я. Вивчав властивості ферментів, зокрема інвертину, оптичну активність білків. У 1890 р. був обраний членом данського королівського товариства наук. Помер 18 липня 1900 р. на 51 році життя.

**16 серпня – 110 років** від дня народження **Уендела Мередіта Стенлі**, американського біохіміка і вірусолога. Народився в Ріджвіллі (шт. Індіана). Закінчив Ерлемський коледж в Річмонді (1926) та Іллінойський університет в Урбані (1929). У 1929-1930 рр. працював в Іллінойському університеті, в 1930-1931 рр. в Мюнхенському університеті, в 1931-1932 рр. – в Рокфеллерівському інституті медичних досліджень в Нью-Йорку, у 1932-1948 рр. у Рокфеллерівському інституті у Принстоні. Від 1948 р. – професор Каліфорнійського університету в Берклі. Роботи присвячені отриманню в чистому виді та вивченню природи

ензимів та вірусних білків. У 1934 р. виділив вірус методом кристалізації з рідкого екстракту. Із 1000 кг листя тютюну, що уражений вірусом тютюнової мозаїки виділив декілька грамів кристалічного віруса. У 1935 р. Стенлі доказав, що це жива кристалічна речовина, яка має білкову природу. У 1936-1940 рр. встановив, що цей вірус має нитки нуклеїнової кислоти і 2200 білкових субодиниць. Розшифрував послідовність всіх 158 амінокислотних залишків. У 1955 р. виділив і дослідив вірус поліомієліту. У 1941 р. був обраний членом Національної АН США.

**У 1946 р. разом з Д. Норттропом поділив Нобелівську премію з хімії “за приготування ензимів і вірусних протейнів в чистій формі”.**

Стенлі був членом низки академій та наукових товариств. Помер 15 червня 1971 р. на 67 році життя.

**17 серпня – 175 років** від дня народження **Августа Квасніцькі**, польського лікаря. Народився в м. Топори. У 1862 р. закінчив медичний факультет Київського університету. У 1863-1870 рр. – військовий лікар, у 1870-1874 рр. – директор Французького шпиталю в Адріанополі. У 1876 р. стажувався в Паризькому університеті. У 1877-1882 рр. – доцент педіатрії Краківського Ягелонського університету, у 1882-1931 рр. – приватна лікарська практика, водночас, у 1915-1926 рр. – лікар санаторію в м. Рабка. Доктор медицини (1858), доцент (1869), професор (1878), Doctor Honoris Cause Львівського університету (1923), член ПАН (1930). Наукові роботи присвячені діагностиці та лікуванню дитячих інфекційних хвороб, історії медицини. Помер 4 червня 1931 р. на 92 році життя.

**17 серпня – 130 років** від дня народження **Вільяма Менсфілда Кларка**, американського хіміка. Народився в Тіволі (шт. Нью-Йорк). У 1908 р. закінчив коледж Уільямса в Уільямстоуні. Працював в університеті Дж. Хопкінса в Балтиморі, від 1910 р. в департаменті сільського господарства США, від 1920 р. в лабораторії гігієни Служби громадського здоров'я США. Від 1927 р. працював професором медичної школи в університеті Дж. Хопкінса. Основні праці присвячені фізико-хімічним дослідженням біологічних систем. Встановив, що коров'яче та жіноче молоко мають однакову кислотність і тому не потрібно добавляти лужні розчини до коров'ячого молока. Вивчив окислювально-відновні потенціали органічних систем. Відмінною рисою його робіт є взаємозв'язок різних галузей природознавства – фізики, хімії, біології та медицини. У 1920 р. опублікував книгу “Визначення водневих іонів”, що витримала 3 видання. Від 1933 р. – Президент товариства американських бактеріологів, Американського товариства біохіміків (1933-1934). Від 1928 р. був членом Національної АН США. Помер 19 січня 1964 р. на 80 році життя.

**18 серпня – 140 років** від дня народження **Вігольда Кароля Зембіцкі**, польського історика медицини. У 1900 р. закінчив медичний факультет Львівського університету. У 1900-1907 рр. працював асистентом кафедри і клініки внутрішніх хвороб Львівського університету. Стажувався з терапії в Цюріху, Страсбурзі, Парижі (1907). У 1907-1910 рр. – завідувач хімічної лабораторії; у 1910-1935 рр. – завідувач 2-го терапевтичного відділення, майже одночасно, в 1918-1919 рр. – директор Львівського загального шпиталю; лектор (1920). У 1934-1943 рр. – завідувач кафедри історії і філософії медицини (у 1936 р. – професор) Львівського університету / медінституту / медико-природничих фахових курсів; у 1945-1946 рр. – викладач історії медицини Краківського університету; у 1946-1949 рр. - завідувач кафедри історії і філософії медицини Вроцлавського університету, одночасно в 1946-1950 рр. організатор і керівник бібліотеки медичного факультету Вроцлавського університету, якій передав власну книгозбірню (15000 книг), у 1927-1928 рр. був Президентом Львівського лікарського товариства, з 1948 р. – член АН в Кракові. Наукові дослідження пов'язані з діабетологією, гелмінтологією, історією медицини, науки і культури. Був автором близько 500 наукових робіт. Підготував 2 професорів. Помер 19 жовтня 1950 р. на 77 році життя.

**20 серпня – 250 років** від дня народження **Петра Андрійовича Загорського**. Народився в с. Понорниця (тепер Чернігівської області). У 1785 р. закінчив медико-хірургічне училище в Петербурзі. У 1795 р. викладач анатомії та фізіології в Москві. Від 1797 р. ад'юнкт анатомії та

фізіології. Від 1799 р. читав курс анатомії та фізіології в Медико-хірургічній академії. В 1807 р. обраний екстраординарним академіком. У 1802 р. П. Загорський опублікував перший російський оригінальний підручник з анатомії медицини (в 2-х томах). За 1802-1830 рр. вийшло 5 видань цієї книги. Він був автором понад 100 наукових праць. Особливо багато зробив в галузі тератології: зібрав велику колекцію і перетворив музей кафедри анатомії в наукову лабораторію. Першим ввів для студентів обов'язкові заняття з анатомії на трупах. П.А. Загорський створив першу російську анатомічну школу, підготував велику групу прозекторів. На честь 50-річчя наукової діяльності П.А.Загорського була вибита спеціальна золота медаль. Написав книгу “Сокращенная анатомия или руководство к познанию строения человеческого тела в пользу обучающихся врачебной науке”. Встановив, що в еритроцитах міститься гемоглобін, в склад якого входить залізо. Відкрив ядра відвідного, додаткового і під'язикового черепно-мозкових нервів. Помер 20 березня 1846 р. на 82 році життя.

**20 серпня – 235 років** від дня народження **Йенса Якоба Берцеліуса**, шведського хіміка-мінералога. Народився у Веверсунде. У 1801р. закінчив Упсальський університет. У 1802-1832 рр. працював у Медико-хірургічному інституті в Стокгольмі. У 1807 р. став професором. Від 1818 р. – постійний секретар Королівської шведської АН. Від 1832 р. присвятив себе теоретичній діяльності та написанню підручників, оглядів досягнень хімії та фізики. Наукові дослідження охоплюють основні проблеми загальної хімії першої половини XIX ст. Експериментально перевірів і доказав (1810-1816 рр.) достовірність законів сталості складу і кратних відношень стосовно неорганічних оксидів і органічних сполук. У 1807-1818 рр. визначив ат.м. 45 хімічних елементів. У 1814 р. ввів сучасну символіку хімічних елементів і перші формули хімічних сполук (1817-1830 рр.). Спираючись на закони ізоморфізму створив нову систему ат.м. та виправив формули багатьох сполук. Відкрив хімічні елементи: церій (1803) разом із шведським хіміком В. Г. Гізінгером, селен (1817) і торій (1828). Вперше (1824-1825) у вільному стані отримав кремній, титан, тантал, цирконій. У 1812-1819 рр. розпрацював електро-хімічну теорію спорідненості. Розвинув уявлення (1830-1835) про ізомерію та полімерію. У 1835 р. запропонував термін “каталіз”. Вказав, що каталіз відіграє головну роль в “лабораторії живих організмів”. Опублікував “Підручник хімії” (т. 1-5. вид. 1843-1848). Був членом Стокгольмської АН (з 1808), та її президентом (з 1810). Помер 7 серпня 1848 р., проживши майже 69 років.

**20 серпня – 200 років** від дня народження **Рафаеля Пірія**, італійського хіміка. Народився в Шилле (Калабрія). Від 1829 р. вивчав медицину в Неаполі, хімію в Політехнічній школі в Парижі. Від 1841 р. – професор хімії в Пізанському, від 1855 р. – в Туринському університетах. Наукові дослідження пов'язані з новими методами синтезу органічних речовин. Вивчав саліцилін, популін, тирозин, аспарагінову кислоту, екстракт барвінку. У 1838 р. відкрив саліцилову кислоту, у 1846 р. – реакцію переходу амінокислот в оксикислоти під впливом азотистої кислоти. У 1851 р. відкрив реакцію перетворення ароматичних нітросполук під впливом бісульфітів лужних металів в о-або п-аміноссульфоїкислоти. У 1855 р. застосував платиніровану пемзу в якості каталізатора при синтезі сірчаного ангідриду. У 1856 р. розпрацював метод отримання альдегідів шляхом сухої перегонки суміші кальцієвої солі одноосновної кислоти та форміату кальцію. Помер 18 липня 1865 р. на 51 році життя.

**20 серпня – 95 років** від дня народження **Юрія Андрійовича Жданова**, російського хіміка-органіка і філософа. Народився у Твері. У 1941 р. закінчив Московський університет. У 1941-1945 рр. був в Червоній Армії. У 1945-1953 рр. працював в Московському, від 1953 р. – в Ростовському університеті. У 1957-1988 рр. – ректор Ростовського університету. Від 1970 р. – член-кореспондент АН СРСР, Голова Ради Північно-Кавказького наукового центру вищої школи. Основні роботи присвячені біоорганічній хімії, теоретичним питанням органічної хімії, філософським проблемам природознавства. Розробив методи синтезу С-глікозидів вищих, розгалужених та дезоксисахарів. Ввів уявлення теорії інформації в органічну та біологічну

хімію. Здійснив квантово-хімічні розрахунки вуглеводів. Розглядав проблеми хімічної еволюції. У 1983 р. отримав Державну премію СРСР.

**23 серпня – 115 років** від дня народження **Альбера Клода**, бельгійського біолога. У 1927 р. закінчив Льежський університет. Від 1929 р. працював у Рокфеллерівському інституті медичних досліджень. В 1949-1970 рр. – професор біології Брюссельського університету і директор Інституту Ж. Берде цього університету. Від 1970 р. – керівник лабораторії біології клітин і ракових досліджень (Брюссель). Наукові праці присвячені вивченню структури та функцій клітин і субклітинних органел. Довів, що мітохондрії причетні до активності основних ферментів окислення. Відкрив фракцію субклітинних часток, збагачених РНК.

**У 1974 р. отримав разом з К. Де Дювом і Д. Паладе Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття, які стосуються структурної та функціональної організації клітини”.**

А. Клод отримав багато інших нагород, був членом низки академій, мав почесні ступені низки університетів. Помер 22 червня 1983 р. на 84 році життя.

**28 серпня – 95 років** від дня народження **Годфрі Ньюболда Хаунсфілда**, англійського фізика. Народився у Ньюарку. У 1939 р. закінчив Сіті-Гілд-коледж в Лондоні, а з початком Другої світової війни був мобілізований в Королівські повітряні сили, де служив інструктором з радарної техніки. У 1946 р. демобілізувався і через 1 рік вступив до електротехнічного інженерного коледжу Фарадея в Лондоні. У 1951 р. почав працювати в компанії ЕМІ, яка проводила дослідження в галузі електроніки. У 1958-1959 рр. з групою однодумців сконструював першу в Англії стаціонарну транзисторну ЕОМ. У 1967 р. Хаунсфілд незалежно від Алана Кормака, почав працювати над своєю КАТ-системою (Комп’ютерна аксіальна томографія). У 1971 р. в госпіталі А. Морлі в Уімблдоні був сконструйований і змонтований швидкісний апарат, перший клінічний КАТ-сканер, за допомогою якого почали робити сканограми внутрішніх органів. У 1972 р. Хаунсфілд став керівником відділу медичних систем у ЕМІ, а в 1976 р. – провідним науковим співробітником цієї компанії.

**У 1979 р. Г.А. Хаунсфілд та А. Кормака отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини “за розвиток комп’ютерної томографії”.** Крім Нобелівської премії, вчений отримав багато нагород, премій, почесних звань. Помер 12 серпня 2004 р., проживши майже 85 років.

**29 серпня – 110 років** від дня народження **Вернера Отто Теодора Форсмана**, німецького лікаря. Народився в Берліні. У 1922 р. вступив на медичний факультет Берлінського університету. У 1928 р. закінчив інтернатуру і успішно здав іспити. У 1929 р. Форсман захистив дисертацію про вплив лікувального харчування на вміст сироваткового холестерину та вміст еритроцитів в крові і отримав медичну ступінь Берлінського університету. У цьому ж році він почав працювати в Еберсвальдській хірургічній клініці, і став проводити експерименти з дослідження серця за допомогою катетеризації. У 1929 р. провів експерименти на трупах з введенням катетера в праві відділи серця. Через деякий час самостійно здійснив на собі катетеризацію серця, повторивши аутоексперимент декілька разів з введенням контрастних речовин і отримав детальні знімки серця. Опублікував статтю “Зондування правих відділів серця” і доповів про це на XXV конференції Німецького хірургічного товариства у квітні 1931 р. У 1932 р. почав працювати в берлінській лікарні для бідних. ЗМІ в Берліні опублікували sensationne повідомлення про експеримент Форсмана в Еберсвальдській лікарні. Суцільна критика цього вчинку привела до звільнення Форсмана з роботи.

У США дослідники Андре Курнан та Дікінсон Річардс у 1941 р. провели першу в США успішну катетеризацію серця.

Форсман у 1932 р. почав спеціалізуватися в галузі оперативної урології. Під час Другої світової війни він служив лікарем у вермахті, оперуючи поранених. У 1945 р. здався американцям в полон. У 1954 р. Форсман опублікував статтю про історію розвитку методу катетеризації серця.



У 1956 р. В. Форсман, А. Курнан, Д. Річардс отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття, пов’язані з катетеризацією серця та вивченням патологічних змін у системі кровообігу”.

У 1958 р. В. Форсман був призначений завідувачем хірургічного відділення Євангелічної лікарні в Дюссельдорфі. Вийшов на пенсію у 1970 р. Отримав низку нагород від наукових товариств, асоціацій. Помер 1 липня 1979 р. на 75 році життя.

**30 серпня – 130 років** від дня народження **Теодора Сведберга**, шведського фізико-хіміка. Народився в Вальбо. У 1907 р. закінчив Упсальський університет. працював там же. У 1921 р. став професором. Від 1949 р. – директор Інституту ядерної хімії в Упсалі. В 1934 р. обраний членом Королівської шведської АН. Основні дослідження присвячені колоїдній хімії. У 1907 р. експериментально підтвердив теорію броунівського руху. Визначив коефіцієнти дифузії в колоїдних розчинах золота, сірки та інших елементів. У 1911 р. створив метод ультрацентрифугування для виділення колоїдних частинок із розчину. У 1923 р. побудував ультрацентрифугу для дослідження високодисперсних золей. У 1925 р. встановив молекулярну масу гемоглобуліну та різних білків. Під час Другої світової війни працював над промисловими методами отримання синтетичного каучуку. В 1950 р. проводив дослідження на синхроциклотроні в Інституті ядерної хімії в Упсалі.

**У 1926 р. отримав Нобелівську премію з хімії “за роботи з дисперсних систем”.**

Т. Сведберг був членом низки академій та наукових товариств. Помер 26 лютого 1971 р. на 87 році життя.

**30 серпня – 130 років** від дня народження **Бориса Олександровича Лаврова**, російського вченого-вітамінолога. У 1909 р. закінчив Московський університет. у 1918-1932 рр. читав курс фізіології харчування і хімії харчових засобів в 1-му МДУ; від 1919 р. – професор кафедри фізіології тварин Політехнічного інституту в Іваново-Вознесенську; з 1925 р. – професор кафедри фізіології в Московському зоотехнічному інституті. В 1930-1950 рр. – завідувач вітамінного відділу Інституту харчування. У 1936 р. за ініціативою Б.О. Лаврова та М.Н. Шатернікова була організована Державна контрольна вітамінна станція, директором якої був призначений Б.О. Лавров (1936-1953). Від 1954 р. працював директором НДІ вітамінології МОЗ СРСР. Б.О. Лавров був автором понад 90 наукових праць в галузі вітамінології. Помер 26 червня 1975 р. на 91 році життя.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Ламарк Жан Батист Пьер Антуан]. – С. 355-356.
2. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Овчинников Юрий Анатолиевич]. – С.464-465.
3. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Сазерленд Уильям]. – С. 391.
4. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Геринг Эвальд]. – С.172.
5. БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. Т.18: Мерсалил-Моносахариды. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1960. – 1168 с. – Из содерж.: [Минх Алексей Алексеевич]. – С. 637-638.
6. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Флуранс Марі Жан П’єр]. – С. 51-52.
7. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Мишер Фридрих]. – С. 303.

8. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Гольц Фрідріх Леопольд]. – С. 51-52.
9. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Кьельдаль Йохан Густав Кристофор]. – С. 244.
10. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Стэнли Уэнделл Меридит]. – С. 420-421.
11. Надрага О. Квасніцькі Август / О. 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. 143-144.
12. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Кларк Уильям Менсфилд]. – С. 207.
13. Ганіткевич Я. Зембіцкі Вітольд Кароль / Я. Ганіткевич, А. Магльований // 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. 125-126.
14. Иваницкий М. Загорский Петр Андреевич / М. Иваницкий // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. Т.10: Желтуха-Ивашенцов. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1959. – С. 566.
15. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Загорский Петр Андреевич]. – С. 256.
16. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Берцемус Йенс Якоб]. – С. 48-50.
17. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Пириа Рафаэль]. – С. 347.
18. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Жданов Юрий Андреевич]. – С. 164-165.
19. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Клод Альбер]. – С. 242.
20. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Хаунсфілд Годфрі]. – С. 359-362.
21. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Форсман Вернер]. – С. 344-346.
22. Волков В.А. Выдающиеся химики мира: биограф. справ. / В.А. Волков, Е.В. Вонский, Г.И. Кузнецова; под ред. В.И. Кузнецова. – М.: Высшая школа, 1991. – 656 с. – Из содерж.: [Сведберг Теодор]. – С. 396-397.
23. Ярусова Н. Лавров Борис Александрович / Н. Ярусова // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. Т.15: Курт-Лимфоциты. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1960. – С. 171.

**В.П. АНДРЮЩЕНКО, А.Л. ВАСИЛЬЧУК,  
Ю.М. ПАНИШКО**

**ІЛЛЯ ВАСИЛЬОВИЧ БУЯЛЬСЬКИЙ**  
**До 225-річчя від дня народження**

*Наука не знає Батьківщини,  
але у вченого вона є.*  
*Луї Пастер*



Ілля Васильович Буяльський народився 6 серпня 1789 р. в с. Вороб'ївцях Новгород-Сіверського повіту Чернігівської губернії в сім'ї сільського священика сімнадцятою дитиною. Прадід Іллі був запорізьким козаком, жив на Січі. Дід – Пімен Леонтійович – осавул реєстрового козацтва. Батько – сільський священик, записаний до дворянства, випускник Києво-Могилянської академії. Початкову освіту хлопець отримав у Новгород-Сіверському повітовому училищі. Потім пройшов курс філософії в Чернігівській духовній семінарії. Мріяв стати художником. Але за порадою двоюрідного дядька з боку матері, П.А. Загорського, в серпні 1809 р. Ілля вступив до Московського відділення медико-хірургічної академії, а в 1810 р. перевівся на II курс Петербурзької академії, де П.А. Загорський (1764-1846) був професором анатомії. Захоплення анатомією приводить до того, що юнак почав самостійно виготовляти анатомічні препарати. Цю працьовитість помітили відомі хірурги І.Ф. Буш та Ф.М. Яворський. Вже з третього курсу Іллю залучили до викладання анатомії та до асистування на операціях. У 1814 р. І.В. Буяльський закінчив навчання в Академії. Його призначили прозектором анатомії, а у 1815 р. запросили ординатором до хірургічної клініки І.Ф. Буша у Петербурзькому військовому шпиталі. 17 квітня 1816 р. Ілля Васильович отримав звання медико-хірурга за 30 проведених ним великих операцій, описаних пізніше в дисертації. Упродовж 5 років займав посаду ад'юнкта хірургії та прозектора анатомії при професорові І.Ф. Буші. У 1821 р. І. Буяльського затвердили ад'юнкт-професором анатомії, обрали членом Московського та Віденського медичних товариств. У 1823 р. він захистив дисертацію на тему: “Dissertatio medico-chirurgica sistens momenta quaedam aneurysmatum, Pathologiam Therapiamque spectantia” (“Медико-хірургічна дисертація, що містить деякі питання патології і терапії аневризму”). Одночасно подав опис 210 зроблених ним операцій і отримав ступінь доктора медицини та хірургії. У 1825 р. І.В. Буяльський був затверджений у званні екстраординарного професора. У 1828 р. вийшла з друку найвідоміша його праця “Анатомико-хирургические таблицы, объясняющие производство операций перевязывания больших артерий, рисованные с натуры и гравированные на меди, с кратким анатомическим описанием оных и объяснением производства операций”. Імператор Микола I оцінивши велике значення проекту, погодився оплатити всі витрати за рахунок свого кабінету. У 1829 р. “Таблиці...” були перевидані в Берліні німецькою мовою, книгу надіслали в провідні університети та академії Європи та Америки. Майже всі європейські університети придбали “Анатоміко-хірургічні таблиці...”.

Захоплений анатомією, препаруючи вдень і вночі трупи людей в несприятливих гігієнічних умовах анатомічного театру І.В. Буяльський ризикував своїм життям. У 1829 р. бальзамуючи тіло тітки імператора Олександра I герцогині Вюртемберської Антонії, він поранив вказівний палець лівої руки. На другий день почалася тяжка хвороба, яка тривала понад 8 місяців. Два роки вчений погано володів лівою рукою і був звільнений з посади прозектора.

За пропозицією міністра внутрішніх справ І.В. Буяльський у 1829 р. був призначений керуючим С.-Петербурзьким хірургічним інструментальним заводом. І тут так само проявився

талант Іллі Васильовича. Відомі створені ним інструменти: лопаточка Буяльського, турнікет для зупинки кровотечі, аневризматична голка, набір для перев'язування, шприц для переливання крові.

Ілля Васильович керував заводом до 1841 р. Завод почав випускати набори інструментів, які конкурували із закордонною продукцією.

В 1831 р. І.В. Буяльського обрали ординарним професором Академії, де в 1833-1844 рр. він завідував кафедрою анатомії після відставки проф. П.А. Загорського в 1833 р. В 1831 р. Іллю Васильовича запросили першим консультантом до Маріїнської лікарні, де він працював безперервно упродовж 33-х років. Одночасно він був призначений оператором Олександрівського (Царськосельського) ліцею. В цьому ж році конференція Медико-хірургічної академії дозволила І.В. Буяльському викладати анатомію учням живопису та скульптури в Імператорській Академії мистецтв, де він пропрацював до 1866 р. Саме тут лекцію проф. І.В. Буяльського слухав Т.Г. Шевченко.

У 1833 р. І.В. Буяльського призначили оператором, а з 1846 р. – оператором-консультантом військово-навчальних закладів. Друга частина запланованої великої колективної праці “Анатомико-патологические и хирургические таблицы грыж” була укладена Х.Х.Саломоном і П.Н. Савенком і з'явилася у 1835 р.

У 1836 р. І.В. Буяльський вирішив зняти форму із замороженого препарованого тіла людини, по якій відлили статую “Лежаче тіло”. Ця чудова статуя в 1938 р. за розпорядженням Президента Академії Л.М. Оленича була відлита в декількох екземплярах для Лондонської, Паризької та інших академій. На її постаменті викарбувані слова: “На замороженном теле препарировал профессор анатомии Илья Буяльский и по снятии под его наблюдением формы отлил из бронзы профессор скульптуры барон Петр Клодт”.

31 грудня І.В. Буяльський отримав титул дійсного статського радника, а в 1842 р. був затверджений у званні академіка МХА і обраний членом багатьох науково-медичних товариств: почесним членом Віленського університету, ординарним членом Московського товариства дослідників природи, почесним членом ради Міністерства внутрішніх справ, членом Товариства російських лікарів, почесним членом Харківського університету, членом Філософічного товариства вчених у Філадельфії, кореспондентом Віденського медичного товариства.

У серпні 1844 р. закінчився термін служби І.В. Буяльського у МХА і він подав заяву про його продовження. Але конференція МХА відмовила йому в продовженні роботи і І.В. Буяльський був змушений піти у відставку.

Цікавим є ставлення І.В. Буяльського до хірургічного втручання. Він говорив: “Легко відтяти руку або ногу, похизуватися витонченістю операції, але ніколи ще не вдавалося приставити помилково відтяту руку чи ногу, і даремне каліцтво, як блискавично воно не було б виконано, не нагороджується ані славою хірурга, ані його запізнілим каяттям; обов'язок чесної людини – сім разів подумати, перш, ніж один раз відрізати”.

Значний внесок І.В. Буяльського в розвиток гінекології. Він опублікував цікаві роботи про хірургічне лікування поліпів матки та маткових труб, позаматкової вагітності, передчасних пологів (1841). Йому належить ідея вишкрібування матки після викидня спеціальною ложечкою, яку він запропонував і яка носить його ім'я. Відомі його роботи з лікування очних хвороб. Важлива його праця “Посібник з правильного огляду мертвих людських тіл для визначення причин смерті, особливо при судових дослідженнях (1824). Ця робота – перший науковий документ для лікарів, які виконували судово-медичну експертизу.

У 1844 р. побачила світ “Краткая анатомия тела человеческого”. В ній І.В. Буяльський, описуючи органи використовував дані ембріології, порівняльної анатомії. Ілля Васильович “підкорює” анатомію хірургії, власним уподобанням у ній. Кровоносні судини описані більш детально, аніж суглоби та зв'язки. У 1852 р. І.В. Буяльський опублікував фундаментальну працю “Анатомико-хирургические таблицы, объясняющие производство операций вырезывания и разбивания мочевого камня”. Ця праця заклала основу наукової урології в Росії.

У 1863 р. вийшла в світ книга “Фотографические рисунки вытравленных артерий и вен почек человеческих”. Книга мала присвяту “Врачам и любителям анатомии на память”. Глибоке значення анатомо-фізіологічних основ медицини зумовило блискучі успіхи І.В. Буяльського в хірургії, де він одним із перших вітчизняних хірургів застосував крохмальну пов'язку, ефірний наркоз (травень 1847 р.), антисептичні засоби, запропонував низку операцій, розробив і удосконалив низку хірургічних інструментів.

В серпні 1864 р. виповнилося 50 років наукової, лікарської та педагогічної діяльності І.В. Буяльського і керівництво Медико-хірургічної академії урочисто відзначило цю дату. 20 вересня 1864 р. на честь цієї події була зроблена спеціальна золота медаль.

І.В. Буяльський був автором 115 наукових праць. Його діяльність забезпечила йому високий авторитет як в Росії, так і за кордоном.

8 грудня 1866 р. І.В. Буяльський помер на 78 році життя.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Иваницкий М. Буяльский Илья Васильевич / М. Иваницкий // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.4: Боголюбов-Везалий. – 2-е изд. – М.: Госмедиздат, 1958. – С. 807.
2. Куприянов В.В. Буяльский Илья Васильевич / В.В. Куприянов // БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.4: Брасос-Веш. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1971. – С. 177.
3. УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.2: Боронування-Гергелі. – 2-е вид. – Київ: УРЕ, 1978. – 544 с. – Зі змісту: [Буяльський Ілля Васильович]. – С. 94.
4. Биологи: биогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Буяльський Ілля Васильович]. – С. 110.
5. Юрихин А.П. Илья Васильевич Буяльский: К 200-летию со дня рождения / А.П. Юрихин // Хирургия. – 1989. – №6. – С. 152-153.
6. Мирский М.Б. И.В. Буяльский – выдающийся русский ученый: [из творческой биографии хирурга, 1789-1866] // Клиническая медицина. – 1988. – Т. 66. – №8. – С. 145-149.
7. Епифанов Н.С. Илья Васильевич Буяльский (К 200-летию со дня рождения) // Медицинская сестра. – 1990. – №2. – С. 51-54.
8. Палкин И.И. И.В. Буяльский и его вклад в развитие стоматологии (К 200-летию со дня рождения) // Стоматология. – 1990. – Т.69. – № 2. – С. 91-92.
9. Мирский И.Б. И.В. Буяльский и становление отечественной сосудистой хирургии (К 200-летию со дня рождения И.В. Буяльского) // Вестник хирургии им. Грекова. – 1990. – Т. 144. – №5. – С. 125-128.
10. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Буяльський Ілля Васильович]. – С. 49-50.
11. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [Буяльський І.В.]. – С. 219.
12. Марцінковський І.Б. Професор І. Буяльський – як лікар і викладач за творами Т.Шевченка // Галицький лікарський вісник. – 2007. – №3. – С. 128-130.
13. Марцінковський І.Б. Професор І. Буяльський – один з учителів Т. Шевченка // Лікарська справа. – 2008. – №5-6. – С. 102-105.
14. Догузов В. Талант в свете Гения: Илья Васильевич Буяльский (1789-?) – анатом и создатель медицинских инструментов / В. Догузов // Мистер Блистер. – 2008. – №12. – С. 40-42.
15. Альтруист от медицины Илья Буяльский // Здоров'я України. – 2009. – №4. – С. 48.
16. Буяльський Ілля Васильович (1789-1866) / В. Ольховський, В. Мішалов, В. Бачинський [та ін.] // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2010. – Т.9. – №1. – С. 6-11.
17. Засновник судової медицини – вчений та лікар І.В. Буяльський / В.О. Ольховський, О.В. Дунаєв, Л.І. Бірюкова, С.П. Кобецький // Український медичний альманах. – 2011. – №2. – С. 137-139.
18. Шипулін В.П. Ілля Буяльський – митець скальпеля / В.П. Шипулін, Д.І. Назаренко // Науковий журнал МОЗ України. – 2012. – №1. – С. 166-175.

**ІВАН МИХАЙЛОВИЧ СЕЧЕНОВ****До 185-річчя від дня народження**

Іван Михайлович Сеченов народився в с. Теплий Стан Курмиського повіту Симбірської губернії 13 серпня 1829 р. восьмою дитиною в сім'ї дворянина Михайла Олексійовича Сеченова та селянки Онісії Єгорівни Осипової. Батько служив гусаром і вийшов у відставку секунд-майором ще при Катерині II. Володів 200 кріпаками і постійно проживав у родинному маєтку. Як батькові і старшим братам, Івану Михайловичу було призначено офіцерське майбутнє, але його відправили не в гусари, а в Головне Інженерне училище, привілейований навчальний заклад, опікуном якого був сам Микола I. Визначила для сина Інженерне училище мати, оскільки батько вже в той час помер. Служіння в гусарах було дорогим, а навчання в Інженерному училищі набагато дешевшим. І.М. Сеченов навчався від 1843 по 1848 р. і отримав добру освіту в галузі математики, фізики, хімії та гуманітарних дисциплін. Після закінчення училища 18-річний юнак почав служити в 2-му резервному саперному батальйоні 2-ї саперної бригади. Командування частини призначило І.М. Сеченова вчителем математики в бригадну юнкерську школу. Там він набув перший педагогічний досвід. З'явилося бажання вчитися медицині. В лютому 1850 р. в чині підпоручика І. Сеченов звільнився з армії і почав готуватися до вступу на медичний факультет Московського університету. В жовтні 1850 р. він вже в Москві. На першому курсі провчився 2 роки, щоби краще вивчити анатомію. На другому курсі І.М. Сеченова більше зацікавила анатомія, а не фізіологія. Знайомство з медичними предметами на III курсі розчарувало його. Заняття в клініках не змінило скептичного ставлення Сеченова до медицини. 21 червня 1856 р. він отримав диплом лікаря з відзнакою, але лікарем не став. Оскільки уряд Росії перестав фінансувати відрядження російських вчених за кордон, І.М. Сеченов вирішив їхати в Європу власним коштом: йому дісталася спадщина після смерті матері в 6000 крб. В Європі І.М. Сеченов розпочав навчання в Німеччині у Йоганеса Мюллера (1801-1858). З вересня 1856 р. по вересень 1857 р. Іван Михайлович слухав лекції Й. Мюллера з порівняльної анатомії, Г.Г. Магнуса – з експериментальної фізики, Г. Розе – з аналітичної хімії, Е. Дюбуа-Реймона – з електрофізіології, Е.Ф.І. Гоппе-Зейлера – з гістології. Лише влітку 1857 р. І.М. Сеченов визначив тему та план самостійної науково-дослідної роботи. Думка про вивчення гострого алкогольного отруєння виникла в зв'язку з “роллю горілки в російському житті”. В лабораторії Е. Дюбуа-Реймона він провів електрофізіологічні дослідження і почав свої дослідження в Патологоанатомічному інституті Р. Вірхова – а лабораторії медичної хімії Е.Ф.І. Гоппе-Зейлера. Там він виконав дослідження об'ємів CO<sub>2</sub>, що видихала “алкоголізована” тварина, а також вплив алкоголю на температуру тіла. Тут, в Інституті Р. Вірхова, відбулася зустріч І.М. Сеченова із С.П. Боткіним, що приїхав у Німеччину.

Досліди з вивченням поглинання кров'ю O<sub>2</sub> стали вдалимими, коли І.М. Сеченов сконструював новий прилад – абсорбціометр. Далі були роботи у К. Людвіга. Прилад був описаний І. Сеченовим в 1859 р. в німецькому журналі і про Сеченова довідалися в наукових колах. Першу модернізацію сеченівського абсорбціометру здійснив Г. Гельмгольд (1821-1894), який почав завідувати кафедрою фізіології в Гейдельберзькому університеті, куди І.М. Сеченов переїхав з Відня в травні 1859 р.

З Європи І.М.Сеченов надіслав 2 роботи оглядового характеру, які були надруковані в “Московской медицинской газете”. Спроба ІМ. Сеченова отримати місце роботи в Московському та Казанському університетах закінчилася невдачею. С.П. Боткін попросив І.Т. Глебова, який став у 1857 р. віце-президентом Медико-хірургічної академії в Санкт-Петербурзі взяти молодого фізіолога на роботу. У другій половині 1859 р. почалося поштове спілкування І.Т. Глебова із І.М. Сеченовим, який ознайомився з його дисертацією і запросив приїхати в Санкт-Петербург.

1 лютого 1860 р. І.М. Сеченов приїхав у Санкт-Петербург. Матеріали його дисертації були направлені у “Военно-медицинский журнал”. 5 березня відбувся успішний захист дисертації на Конференції (Вченій раді) МХА. Після захисту дисертації М.І. Сеченов був призначений ад'юнкт-професором на кафедрі фізіології, якою керував ординарний професор А.П. Загорський.

14 березня 1861 р. Конференція МХА одностайно обрала І.М. Сеченова екстраординарним професором.

Фізіологічна лабораторія МХА була організована восени 1860 р. Практично, в організованій І.М. Сеченовим лабораторії склалася перша фізіологічна школа Росії.

9 березня 1862 р. М.І. Сеченов подав рапорт керівництву МХА “про від'їзд за кордон для ознайомлення з науковими новинами в галузі фізіології”. Взимку 1862 р. І.М. Сеченов вже був у паризькій лабораторії К. Бернара. 17 грудня 1862 р. він написав статтю “Исследование центров, задерживающих отражение движения, в мозгу лягушек”. Далі була поїздка у Відень, де дослід з гальмуванням побачив К. Людвіг, потім поїздка в Берлін до Е. Дюбуа-Реймона. В травні 1863 р. І.М. Сеченов повернувся в Санкт-Петербург. Його робота “Рефлексы головного мозга” була надрукована в “Медицинском вестнике”. У вересні 1866 р. книга “Рефлексы головного мозга” нарешті потрапила в магазин. З вересня 1867 по вересень 1868 р. І.М. Сеченов отримав право виїхати за кордон для відпочинку. В 1863-1867 рр. він опублікував 23 наукові роботи.

5 травня 1868 р. І.М. Сеченова провалили на виборах в ад'юнкти АН. В серпні 1870 р. його вибрали професором зоології в Новоросійському університеті, що був відкритий в Одесі в 1865 р. Міністр народної освіти граф Д.А. Толстой не затвердив його обрання в Одесі.

1871 р. І.М. Сеченов зустрів безробітним. Прийшлося влаштуватися на роботу до Д.І. Менделєєва. В квітні 1871 р. заступник міністра І.Д. Делянов затвердив І.М. Сеченова на посаді ординарного професора Новоросійського університету, де Іван Михайлович пропрацював 5 років. В квітні 1876 р. він повернувся в Санкт-Петербург і почав дослідити процеси розчинення  $\text{CO}_2$  в рідинах. Закон, що характеризує залежність поглинання газу розчинами солей від їх концентрації, ввійшов у фізичну хімію, як закон Сеченова. Оскільки професура фізико-математичного факультету в березні 1887 р. почала клопотати про присвоєння І.М. Сеченову звання заслуженого професора, міністр народної освіти І.Д.Делянов не затвердив рішення факультетської Вченої ради. І.М. Сеченов подав прохання про звільнення і 17 лютого 1889 р. міністр звільнив професора із Санкт-Петербурзького університету.

У 1889 р. І.М. Сеченов разом з М. О. Боковою-Сеченовою переїхав у Москву. Вересень 1891 р. приніс йому радісну звістку: обрання на посаду ординарного професора фізіології на медичному факультеті Московського університету. Разом із помічником М.Н. Шатерніковим почали працювати над проблемами фізіології праці. В грудні 1901 р. подав клопотання про звільнення, але продовжував експерименти у фізіологічному інституті.

Після виходу на пенсію написав “Элементы мысли” (1903), “Автобиографические записи” (1903-1904).

Помер І.М. Сеченов 15 листопада 1905 р. від пневмонії на 77 році життя. Похований на Ваганьківському кладовищі, але 24 травня 1940 р. прах І.М. Сеченова та Марії Олександрівни були перенесені на Новодевіче кладовище.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Щепкин Н. Сеченов Иван Михайлович / Н. Щепкин // БМЭ в 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.30: Серотинин-Spina Ventosa. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1963. – С. 43-49.
2. Черниговский В.Н. Сеченов Иван Михайлович / В.Н. Черниговский, К.А. Ланге // БСЭ в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.23: Сафлор-Соан. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1976. – С. 325-326.
3. Асратян Э.А. Отец русской физиологии (К 150-летию со дня рождения И.М. Сеченова) / Э.А. Асратян, Г.Х. Шингаров // Журнал высшей нервной деятельности. – 1979. – Т. XXIX. – Вып. 3. – С. 451-456.
4. Кукуев Л.А. Иван Михайлович Сеченов (К 150-летию со дня рождения) / Л.А. Кукуев // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1979. – TLXXIX. – Вып.8. – С. 1087-1090.
5. Шмидт Е.В. Отражение идей И.М. Сеченова в некоторых направлениях развития современной неврологии (К 150-й годовщине со дня рождения И.М. Сеченова) // Е.В. Шмидт, Ф.В. Басин // Клиническая медицина. – 1979. – Т. 57. – №9. – С. 3-11.
6. Судаков К.В. Иван Михайлович Сеченов – выдающийся ученый-физиолог (К 150-летию со дня рождения) / К.В. Судаков, В.А. Макаров // Советская медицина. – 1979. – №12. – С. 94-97.
7. Брагин А.М. И.М. Сеченов и отечественная медицина (К 150-летию со дня рождения) / А.М. Брагин // Клиническая медицина. – 1980. – Т.58. – №6. – С. 113-117.
8. Мойкин Ю.В. Значение наследия И.М. Сеченова для развития отечественной физиологии и гигиена труда / Ю.В. Мойкин, Н.Ю.Тарасенко, Б.В. Ананьев // Гигиена труда и профессиональные заболевания. – 1980. – №3. – С. 1-5.
9. Воробьев А.И. Иван Михайлович Сеченов / А.И. Воробьев // Клиническая медицина. – 1980. – Т. 58. – № 11. – С. 105-108.
10. Березовский В.А. Иван Михайлович Сеченов / В.А. Березовский. – 2-е изд., перераб. и доп.. – Киев: Наукова думка, 1984. – 168 с.
11. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Сеченов Іван Михайлович]. – С. 71-72.
12. Самойлов В.О. Иван Михайлович Сеченов (1(13) августа 1821 – 2 (15) ноября 1905) (К 175-летию со дня рождения) / В.О. Самойлов // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2004. – Т.90. – №7. – С.916-936.
13. Община Н.В. Значення наукової спадщини І.М. Сеченова (1829-1905) / Н.В. Община, О.А. Шандра // Одеський медичний журнал. – 2005. – №5 (91). – С. 105-109.



## СЛОВО НА ЗАХИСТ ЧЕСТІ ТА ГІДНОСТІ ЛІКАРЯ І.Д. ГЕРИЧА

15 червня цього року раптово помер професор Ігор Герич. Причина смерті – важкий інфаркт міокарда. На прощання з 53 - річним хірургом зібралися тисячі людей – родичі, колеги, друзі, прооперовані покійним хворі. А вже через добу тіло Ігоря Герича лежало в рідній турківській землі поруч з могилою його батька Дионізія Герича, людини, яка все життя лікувала турківчан, підготувала до роботи декілька поколінь лікарів-хірургів, виховала з сина Ігоря полум'яного патріота України. З майже 200 однокурсників майбутнього професора на війну в Афганістан потрапив тільки він, незважаючи на диплом з відзнакою та “направлення на наукову роботу”. Повернувся з війни Ігор двічі пораненим, контуженим, з орденом “Красная звезда” та медаллю “За отвагу”. А далі робота хірургом у Львівській лікарні ШМД день в день, місяць в місяць, рік в рік. Менше, ніж за 10 років підготовлені та захищені кандидатська та докторська дисертації. Посади доцента та професора, керівника департаменту львівської медицини. Після смерті академіка М.П. Павловського проф. Герич очолив кафедру факультетської хірургії.

На цю раптову смерть відгукнулася преса. В газеті ЛНМУ імені Данила Галицького “Alma mater” від 25.06.2014 р. за №6-7 з’явилася стаття “Бог забирає найкращих”, в якій від імені співробітників, колег, друзів, учнів, пацієнтів була дана висока оцінка людським, фаховим, моральним якостям видатного хірурга. В часописі УЛТ у Львові та ЛНМУ імені Данила Галицького “Народне здоров’я” від 25.07.2014 р. за №7-8 в статті “Життя коротке – пам’ять вічна” подана висока оцінка Ігоря Герича – Голови УЛТ у 2004-2008 рр., члена Національної ради при Президентові України (2005-2010), члена Вищої вченої ради МОЗ України, члена дорадчої ради при Комітеті ВР України з питань охорони здоров’я.

Але така думка про покійного вченого І. Герича виявилася неодностайною. В газеті “Новини” від 10-17.2014 р. за №28 (436) була надрукована стаття відомого журналіста Павла Романюка “Живе місце, або Містика часу й обставин”, в якій автор намагається не лише дати характеристику українській медицині, але обґрунтувати своє несприйняття проф. І.Д. Герича: “Мав 53 роки – явно замало”. З цим можна погодитися. Далі журналіст робить дивний висновок: “Не помогли ні пластикові вікна, ні євроремонт у кабінеті свого великого попередника Михайла Павловського”. Як сказано (Ким?) його спадкоємцем Ігор Герич не був і не міг бути через несумісність долі, особистостей і засад життя! Далі автор статті приступає до опису трагічного для І. Герича дня 15 травня, коли лікарі святкували своє професійне свято. Прийшли гості, відзначали свято, підняли чарки. Через деякий час у Герича “почало віднімати ліву руку”. Автор статті ставить діагноз: “інфаркт міокарду” і призначає лікування: “Потрібен укол тромбоемболітика, а його нема”. Швидкі бригади приїздять “порожняком”. Тут же П. Романюк додає, що “Герич був “затятий курець”: “Швидкі бригади не змогли врятувати Герича”. І журналіст додає: “Герич успішно помирає. Наші глибокі співчуття!” Який цинізм!!! Зневага до покійного і до інших лікарів відчувається і в наступному абзаці: “Не так особисто покійному та його родині як нашій медичній,

зокрема, швидкій допомозі”. “Якщо вже так рятують медичних цабе (!), як у нашому випадку, то на що сподіватись, даруйте, простим смертним!”

Далі в статті журналіст допускає некоректний прийом: “У таких випадках кажуть: “про мертвого або добре, або нічого. Між тим, латинське прислів’я, на яке начебто посилаються, звучить примусово інакше: про мертвого або добре, або правду”.

Насправді існує декілька версій цього прислів’я: “De mortuis aut bene, aut nihil” (“про мертвих або добре, або нічого”), “De mortuis – veritas” (“про мертвих – правду”).

“Чи хтось винен у передчасній смерті невдалого посідача місця Павловського?” І відповідає: “Крім самого претендента, що узявся за непосильний тягар, опосередковано до його швидкого відходу долучився ще один наступник Павловського, з університетського верху”.

На основі чого Романюк пише, що “перебування на посаді очільника кафедри факультетської хірургії для Герича було однаково коротке і невдале. Колектив кафедри його не сприйняв, хірургічна вправність прибульця була цілком посередньою, а обсяг роботи – вже не кажучи про якість та масштабність – не підйомний”. Літня відпустка не дала можливості поговорити з більшою частиною хірургів клініки факультетської хірургії, але ті, з ким це вдалося зробити, в один голос відмічали високий професіоналізм професора Герича.

В одній клініці з І Геричем я працював більше 20 років, його зростання як хірурга та вченого проходило на моїх очах. За весь цей час я не бачив жодного випадку, який би свідчив про некомпетентність, неможливість прийняти рішення, бажання перекласти на когось свої помилки. Навпаки, лікар Герич завжди втручався у всі складні клінічні ситуації, долучався в разі потреби в хід операції в самі складні та драматичні її моменти.

Читаючи статтю Романюка, весь час здається, що автор чомусь хоче протиставити академіка М.Павловського та професора І.Герича. Наскільки мені відомо, між ними були дуже теплі і дружні стосунки. На 31 рік старший академік Павловський завжди ставився до Ігоря з любов’ю. І останнє: Романюк пише: “Чи хтось винен у передчасній смерті невдалого посідача місця Павловського?” Чому невдалого? Опитування викладачів та хірургів медуніверситету свідчить, що факт призначення професора І.Герича на посаду очільника кафедри факультетської хірургії був вірним, це підтвердило і обрання його головою Асоціації хірургів Львівщини.

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

**Загальні вимоги**

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

**Вимоги до оформлення статті**

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

**Технічні вимоги щодо оформлення матеріалів**

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

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

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

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

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

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

*Наукове видання*

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ**

**Здоровий спосіб життя**

Збірник наукових праць

Випуск 30 (96)

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

**С.Д. Бабляка** – кардіолога ЛОКЛ

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

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

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

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

Підписано до друку 5.09.2014

Формат 60\*84/8. Папір офсетний

Гарнітура Times New Roman

Друк цифровий.

Ум. друк. арк. 8.8 . Фіз. друк. арк. 9.5.

Наклад 90 прим..