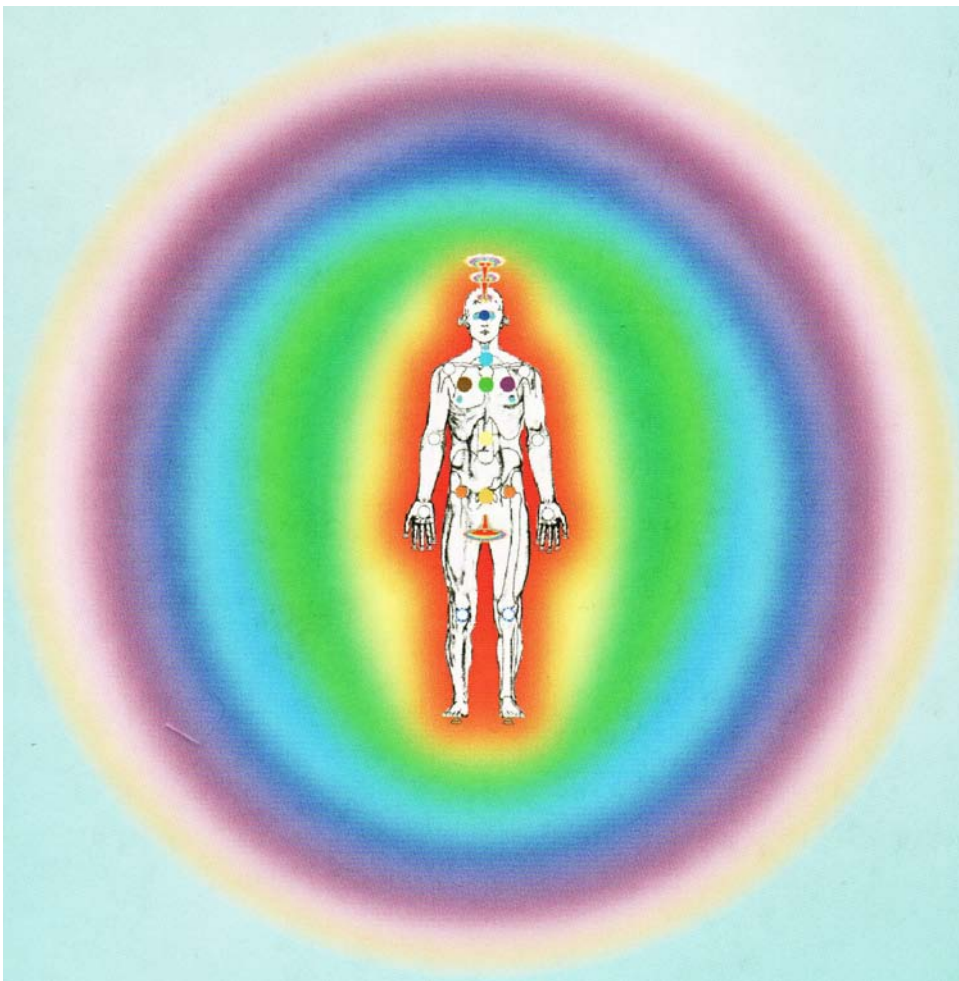


**Західний центр енергоінформаційних наук  
Українська Міжнародна академія  
профілактичної медицини НТШ**

# **ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ**



**Збірник наукових праць  
Випуск 22 (88)**

**Львів 2013**

УДК:613 (082)  
ББК 52.201  
Ф423

### **Редакційна колегія:**

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

### **Редакційна рада:**

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

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

**Феномен людини. Здоровий спосіб життя [Текст]: зб.наук.ст. / За ред. доц. Ю.М. Панишка. – Львів, 2013. – Вип. 22. – 80 с.**

До збірника увійшли 14 наукових та науково-методичних робіт. Збірник наукових робіт розрахований на працівників науково-дослідних інститутів, викладачів вищих та середніх навчальних закладів, лікарів, психологів, педагогів, філософів, біологів, географів, фахівців фізичного виховання та всіх, хто цікавиться феноменом людини.

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

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

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

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

ISSN 2307-0722

© Ю. М. Панишко, 2013

## ЗМІСТ

Відомості про авторів .....	4	
Васильчук А.Л.                      Особливості чакри камешвара-камешвари .....	5	
Матвієнко Ю.О.                      Вірусний енцефаліт: Огляд для загальних лікарів .....	13	
Охріменко Ю.М., Падовська О.М.                      Традиційна українська кухня як складова національної ідентичності в “Енеїді” Івана Котляревського .....	22	
Панарін Б.Г, Васильчук А.Л.                      Кінезотерапевтичний тренажер для відновлення функцій вестибулярного апарату .....	31	
Рябуха О.І.                              Синтетичні можливості тироцитів при споживанні йоду різної хімічної природи в умовах функціонального гіпертиреозу .....	33	
Шевчук Л.Т. <i>ХРОНІКА</i>	Фінансування системи охорони здоров'я .....	40
Редколегія                              Поздоровлення ювілярів .....	45	
Панишко Ю.М., Метельська Л.С., Семак Г.В.                              Хроніка грудня. Ювілейні дати вітчизняних лікарів та вчених .....	46	
Панишко Ю.М., Федоров Ю.В., Кубацька І.П.                              Микола Михайлович Амосов. До 100-річчя від дня народження .....	55	
Панишко Ю.М., Пузич Я.І.                              Микола Маркіянович Волкович. До 155-річчя від дня народження .....	59	
Федоренко В.І., Панишко Ю.М.                              Андрій Михайлович Сердюк. До 75-річчя від дня народження .....	61	
Панишко Ю.М., Метельська Л.С., Цимбала О.М.                              Хроніка грудня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених .....	65	
Кравців Р.Й., Панишко Ю.М., Новикова Н.І.                              Костянтин Іванович Скрябін. До 135-річчя від дня народження .....	73	
Горицький В.М., Панишко Ю.М., Тарасов В.В.                              Олександр Іванович Євдокімов. До 130-річчя від дня народження .....	75	
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Семак Г.В.                              Мішель де Нотрдам (Нострадамус). До 510-річчя від дня народження .....	77	
Редколегія                              Інформаційний матеріал .....	79	

## Відомості про авторів

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

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

**Кравців Роман Йосипович** – лікар ветеринарної медицини, доктор біологічних наук, професор, академік НААН України, голова ЛОО товариства “Знання”.

**Кубацька Ірина Петрівна** – завідувач методичним сектором КЗ ЛОР “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

**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.

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

**Охріменко Юрій Миколайович** – кандидат медичних наук, краєзнавець (Львів).

**Падовська Олена Мирославівна** – кандидат наук з мистецтвознавства, доцент кафедри олімпійської освіти Львівського державного університету фізичної культури.

**Панарін Борис Георгійович** – педагог з фізичного виховання та спорту, винахідник України (Львів).

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

**Пузич Ярослав Іванович** – кандидат медичних наук, завідувач поліклініки Славутської ЦРЛ Хмельницької області.

**Рябуха Ольга Іллівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри валеології та спортивної медицини Львівського державного університету фізичної культури.

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

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

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

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

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

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

**ОСОБЛИВОСТІ ЧАКРИ КАМЕШВАРА-КАМЕШВАРИ**

*Вперше у світі даються основні еніоанатомічні характеристики чакри камешвара-камешвари*

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

*Впервые в мире представлены основные эниоанатомические характеристики чакры камешвара-камешвари*

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

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

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

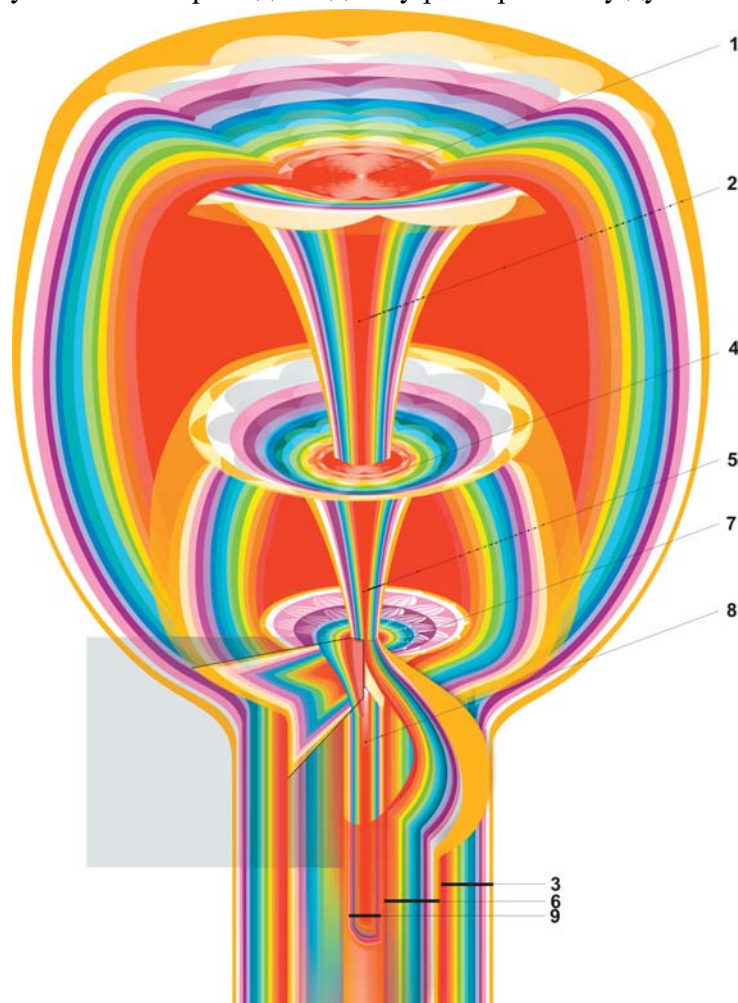
Продовження з випуску 43-66 Здоровий спосіб життя  
Збірник наукових статей  
З випуску 1-21(67-87) Феномен людини.  
Здоровий спосіб життя

**Еніоанатомічна норма чакри камешвара-камешвари**

**Розвинута до структурно-функціональної норми чакра камешвара-камешвари** (мал. 1.) забезпечує інформаційно-енергетичні процеси усіх органів фізичного тіла, усіх структур тонкоматеріальних тіл, зокрема чакр, сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів та меридіанів потрібними інформаціями, мікрочастками, світлом, енергіями і специфічними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами з інформаційним змістом духовності, душевності і божественності Ісуса Христа. Чакра інформаційно-енергетично уможливорює людині, на відміну від серцевої чакри, чакри Землі, медулярної чакри, аджни, вішудхи, анахати, маніпури, свадхістхани і муладхари, доступ до більш високочастотних духовних інформаційно-енергетичних матерій інформаційно-енергетичних полів Ісуса Христа, які відповідають її філогенетичному, онтогенетичному та еволюційному розвитку. При оптимально виваженому і гармонійному функціонуванні у різних режимах розкритих чакрових конусів чакри камешвара-камешвари поглинаються такі інформаційно-енергетичні матерії, які дають можливість людині відчувати і усвідомлювати псі-феноменальність, духовність, душевність та божественність Ісуса Христа, будувати свої взаємовідносини зі світом на інформаційно-енергетичній основі божественного Буття Ісуса Христа, досягнути гармонії розвитку, вдосконалення і прояву всіх своїх властивостей, особливостей, здібностей, псі-феноменальності, духовності, душевності і божественності в гармонії з Ісусом Христом. Людина своїми життєвими проявами духовності, душевності і божественності стає подібна до Ісуса Христа. Інформаційно-енергетичні матерії, що поглинаються чакрою від інформаційно-енергетичних полів божественного Буття Ісуса Христа вільно проникають до всіх чакр, каналових структур каналової системи, будь-яких структур тонкоматеріальних тіл та фізичного тіла, розблоковують і очищають їх від неідентичних, неприродних, біопатогенних і невластивих їм інформаційно-енергетичних матерій, врівноважують топографічну та структурну відповідність, функціональні прояви фізичного і тонкоматеріальних тіл, допомагають утриманню фізичного тіла, формуванню

духовної свідомості, єдності своєї індивідуальної духовної свідомості з людською, земною, космічною і божественною свідомістю, а також зрозуміти значення свого земного життя.

Духовне Буття може у суспільстві проявлятися тільки посередництвом свідомості людини. Суспільство може існувати лише при відповідному рівні розвитку духовної свідомості людей.



**Мал. 1. Універсальна структуризація триїди духовних чакр:**

*1 – магатма – чакра Бога; 2 – інформаційно-енергетичні мікроканали чакри Бога, проникають крізь оболонки основ чакрових конусів і охоплюють сахасрару і камешвара-камешвари чакри; 3 – магатмово-сушумновий сегмент; 4 – сахасрара – чакра Духа Святого; 5 – інформаційно-енергетичні мікроканали сахасрари чакри, проникають крізь оболонки основ чакрових конусів і охоплюють камешвара-камешвари чакри; 6 – сахасрарово-сушумновий сегмент; 7 – камешвара-камешвари – чакра Ісуса Христа; 8 – інформаційно-енергетичні мікроканали камешвара-камешвари чакри; 9 – камешвара-камешварово-сушумновий сегмент.*

Людина стає людиною тільки тоді, коли досягає відповідного рівня духовної свідомості. Щоб людина була гармонійною, високодуховною, псі-феноменальною, здоровою, щасливою та успішною у житті, вона повинна свої почуття, емоції, переживання, думки і вчинки проявляти у духовно-матеріальній єдності, поєднати і врівноважити свій фізичний, соціальний, психічний, інтелектуальний, ментальний, емоціональний, моральний, етичний, естетичний, псі-феноменальний, духовний, душевний та божественний розвиток. Першопочатково відповідний рівень духовної свідомості інформаційно закладений духовним Буттям у чакрових конусах чакри камешвара-камешвари, її подальший розвиток залежить від свідомої орієнтації людини на духовне Буття або антисвіт. Розвиток чакри на основі духовних інформаційно-енергетичних

матерій та духовних принципах дає можливість людині всебічно і максимально проявлятися в умовах земного життя на будь-якому рівні свідомості. Духовне Буття за посередництвом чакри і людини проявляється у суспільстві. Наслідком цього є мир, благополуччя суспільства, гармонія людини і суспільства з природою, Землею, Всесвітом і духовним Буттям.

Людина не може цілком оволодіти і підкорити чакру камешвара-камешвари своїй волі, навіть за умови високо розвиненої духовної свідомості. Чакра чутливо реагує і швидко змінює свій функціональний режим, як відповідь на свідомий вплив людського розуму. Між чакрою і свідомістю людини може встановитися пряма і зворотна інформаційно-енергетична залежність.

Чакра допомагає інформаційно-енергетично поєднувати в людині всі ті рівні духовного Буття та антисвіту, які проявляються антагоністично. Виходячи з цього, є надзвичайно складно пояснити функціональні порушення, деформації формоструктур та інформаційно-енергетичні блокади. Ці пояснення ще більше ускладнюються тим, що чакра інформаційно-енергетично впливає на усі структури фізичного і тонкоматеріальних тіл. Одночасна полічастотна і багатоструктурна інформаційно-енергетична взаємодія чакри камешвара-камешвари може призвести до інтенсивного розвитку різних функціональних режимів її розкритих чакрових конусів. Людству не відомо, що відбувається на рівні чакри, тонкоматеріальних тіл і фізичного тіла при функціональних порушеннях, деформації пелюсток, чакрових конусів, оболонки, чакрових мікроканалів і блокадах чакри. Наприклад, чакрових структур Божої Матері, Ісуса Христа, Духа Святого та при структурно-функціональній нормі інших чакрових структур чакри камешвара-камешвари. Пояснення подібних структурних та функціональних порушень вимагає окремого дослідження.

Всебічно розвинуті і гармонійно функціонуючі розкриті чакрові конуси чакри камешвара-камешвари утворюють такий інформаційно-енергетичний потенціал, який обумовлює характер псі-феноменальності, духовності, душевності і божественності людини, напрям духовного розвитку, допомагає інформаційно-енергетичному формуванню в людині духовності чи антидуховності, душевності або антидушевності, інформаційно-енергетично забезпечує всі соціальні та психічні прояви людини з позиції духовності або антидуховності, творчого духовного творіння або агресивного нищення.

Без всебічного, гармонійного, збалансованого та універсального розвитку і оптимально виваженого функціонування різних функціональних режимів чакрових конусів чакри камешвара-камешвари неможливо наповнити людину інформаційно-енергетичними матеріями Божої любові, псі-феноменальності, духовності, душевності та божественності Ісуса Христа. Неприпустимо розпочати божественний розвиток людини, розвиток, вдосконалення та професіональне проявлення псі-феноменальних здібностей людини в гармонії з духовністю Ісуса Христа і Божої любові.

### **Гіпотрофія і гіпофункція чакри камешвара-камешвари**

Гіпотрофія і гіпофункція чакри камешвара-камешвари проявляється сповільненим структурно-функціональним розвитком, структурною атрофією, деформаціями формоструктури, функціональними порушеннями, функціональною недостатністю, енергоінформаційними блокадами, частим закриванням основ чакрових конусів, функціональною недостатністю інформації, мікрочасток, світла, енергії, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм та субстанцій у внутрішньоконусових сітках субультраканалів і в порожнинах чакрових конусів, тривалим недостатком у тілах людини духовних, душевних та божественних інформаційно-енергетичних матеріях Ісуса Христа. При цьому сповільнюється інформаційно-енергетичний генез тимчасових тонкоматеріальних тіл,

вічних – блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового і рожевого тонкоматеріальних тіл, морфогенез фізичного тіла, формується таке фізичне тіло у людини, яке нездатне довготривало виконувати свої функції, проявляти функціональні можливості і психофеноменальні здібності в гармонії з духовністю, душевністю і божественністю Ісуса Христа. Людина постійно перебуває у стані інформаційно-енергетичної нерівноваги, не одержує інформаційно-енергетичні матерії потрібні для прояву всеогортаючої духовної любові Ісуса Христа. До мінімуму зменшується прийом інформацій, мікрочасток, світла, енергій, інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій, порушується і послаблюється взаємний зв'язок з вищими духовними чакрами сарасрарою і магатмою та з іншими чакрами, з тонкоматеріальними тілами, фізичним тілом, послаблюється єдність Душі та фізичного тіла, людини, духовності, душевності і божественності Ісуса Христа.

#### **Чакра камешвара-камешвари не може:**

- акумулювати достатню кількість інформацій, мікрочасток, світла, енергії, інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій, які на фізичному рівні проявляються емоціями божественної любові Ісуса Христа;
- трансформувати інформаційно-енергетичні матерії з інших чакр, духовного Буття та енергії духовної любові інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища на енергії божественної любові Ісуса Христа в людині;
- синтезувати інформації, мікрочастки, світло та енергії божественної любові різних рівнів божественного Буття до інформаційно-енергетичної біоплазми божественної любові Ісуса Христа в людині;
- створювати інформаційно-енергетичну біоплазму божественної любові Ісуса Христа;
- інформаційно-енергетично протистояти та нейтралізувати активний вплив інформаційно-енергетичних матерії антисвіту, які знаходяться у їх структурах і тонкоматеріальних тілах;
- виводити із своїх структур у зовнішнє середовище інформаційно-енергетичні матерії антисвіту, антидуховності, антидушевності, антибожественності, зла, агресії, насилля, расизму, нищення (руйнування) та інших негативних емоцій;
- створювати інформаційно-енергетичну основу для початку божественного і триєдино-божественного розвитку.

Довготривалий структурно-функціональний стан гіпотрофії неуможливорює не тільки розвиток окремих духовних, душевних і божественних аспектів Ісуса Христа, але й не дає розпочати божественний і триєдино-божественний розвиток. Божественний розвиток стає для людини недосяжний.

При гіпотрофії і гіпофункції чакра втрачає функцію посередника між Душею і фізичним тілом, між людиною і духовністю, душевністю і божественністю Ісуса Христа, між фізичним тілом і рожевим тонкоматеріальним тілом (тілом Душі), між тонкоматеріальними тілами і божественним Буттям Ісуса Христа, Духа Святого і Творця. Реалізація властивості Душі людини, особливо божественності Ісуса Христа, є в її фізичному тілі обмежена. Душа не може повністю виконати свої земні завдання при даній інкарнації. В емоціях та емоціональних переживаннях людини не вистачає аспекту божественної любові Ісуса Христа. Відносини між людьми ґрунтуються не на божественній любові, але на властивостях антисвіту, антидуховності, антидушевності і антибожественності. Життя, професійна діяльність і будь-які



прояви людини не наповнені божественною любов'ю Ісуса Христа і можуть бути позначені властивостями антисвіту, поведінка і вчинки людини проявляються в гармонії з антисвітом.

Деформація формоструктури, функціональні порушення, інформаційно-енергетичні блокади чакри та блокади у чакрі камешвара-камешвари на фізичному рівні можуть проявлятися всіма тими хворобами, які проявляються в таких станах, як у чакрах муладхара, свадхістхана, маніпура, анахата, вішудха, аджна, медулярна, чакра Землі і серцева чакра. Різниця тільки в тому, що хвороби проявляються у важкій формі, мають довготривалий перебіг, викликають більше різних морфологічних патологій та функціональних порушень фізичного тіла і тонкоматеріальних тіл. При цьому значно ускладнюється процес лікування, сповільнюються процеси регенерації, реабілітації і рекондиції. Може припинитися інформаційно-енергетичний взаємообмін між чакрою камешвара-камешвари та інформаційно-енергетичними полями Ісуса Христа і Душі, фізичним тілом, усіма тонкоматеріальними тілами, чакрами і, передусім, чакрами сахасрарою і магатмою. Послаблюється інформаційно-енергетична єдність чакри камешвара-камешвари з духовним Буттям, з Душею людини, з її фізичним тілом і людини з духовними, душевними та божественними аспектами Ісуса Христа.

### **Гіпертрофія та гіперфункція чакри камешвара-камешвари**

Гіпертрофія та гіперфункція чакри камешвара-камешвари проявляється прискореним структурно-функціональним розвитком, функціональними порушеннями, довготривалою функціональною активністю, дисфункціями, домінантним функціонуванням, частим і функціонально недоцільним повним розкриттям основ чакрових конусів, надлишком інформацій, мікрочасток, світла, енергій, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій у внутрішньоконусових сітках субультраканалів та у порожнинах чакрових конусів, що призводить до сповільненого переходу з одного до іншого функціонального стану чакрових конусів чакри, до сповільнення інформаційно-енергетичних процесів в чакрових конусах з одночасним підвищенням інформаційно-енергетичної нечутливості і на кінець до самозаблокування і самодеструкції окремих структур чакри і навіть її чакрових конусів. При цьому прискорюється морфогенез фізичного тіла, формується сильне фізичне тіло, людина передчасно проявляє властивості пси-феноменальності, духовності, душевності та божественності Ісуса Христа. Настає передчасний розвиток пси-феноменальності, духовності, душевності та божественності Ісуса Христа навіть, якщо людина не є інтелектуально, ментально, емоціонально, морально, етично і естетично підготовлена. Гіперфункціональні прояви чакрових конусів чакри і самої чакри спочатку утворюють сприятливі інформаційно-енергетичні умови для розвитку тонкоматеріальних тіл, чакр, системи каналів, властивостей, особливостей, здібностей, функцій та функціональних можливостей людини в гармонії з Ісусом Христом. Гіпертрофія та гіперфункція чакри при довготривалому перебігу не відповідає і не має оптимального співвідношення з філогенетичним, онтогенетичним та еволюційним розвитком людини. Накопичується надлишок інформаційно-енергетичних матеріалів, які можуть стати причиною порушення циркуляції, трансформації та перерозподілу інформаційно-енергетичних матеріалів між тонкоматеріальними тілами рожевої голографічної інтеграції тонкоматеріальних тіл, між структурами одного тонкоматеріального тіла, між тонкоматеріальними тілами і фізичним тілом. Процес поглинання інформаційно-енергетичних матеріалів переважає над процесом їх виділення, і виникають умови для самозаблокування інформаційно-енергетичного взаємообміну, підвищується концентрація інформаційно-енергетичних матеріалів з наступним саморуйнуванням. На фізичному рівні гіпертрофія та гіперфункція чакрових конусів чакри камешвара-камешвари може проявлятися

хворобами, психічними порушеннями, “перебільшеним” гуманізмом, шкідливим для себе, альтруїзмом, релігійним догматизмом і навіть екстремізмом. У таких випадках демонстрована духовність немає нічого спільного з духовністю, а тільки відволікає людину від розвитку духовності, душевності і божественності Ісуса Христа.

Всі позитивні властивості, особливості та здібності людини, що обумовлені структурно-функціональною нормою чакри камешвара-камешвари, серцевої чакри, чакри Землі, медулярної, аджни, вішудхи, анахати, маніпури, свадхістхани і муладхари, при гіпертрофії та гіперфункції чакри камешвара-камешвари поступово трансформуються до таких проявів, які не є в гармонії з божественною любов'ю, духовністю, душевністю і божественністю Ісуса Христа. Тривала трансформація в цьому напрямку проявляється тим, що людина своєю діяльністю, поведінкою і спілкуванням виходить за межі загальноприйнятої соціальної, моральної, етичної, естетичної і духовної норми суспільства і може опинитися під впливом антидуховності, антидушевності, антибожественності, зла, ненависті, агресії, насилля, расизму, руйнування та бажання панувати над людьми.

### **Особливості чакри камешвара-камешвари**

Особливості чакри камешвара-камешвари притаманні тільки їй, не можуть спостерігатися в будь-якій іншій чакрі і не можуть бути компенсовані жодною іншою чакрою.

До них належить:

- чакра є інформаційно-енергетичним центром Духовності чоловічих духовних властивостей Душі людини, псі-феноменальності, духовності, душевності і божественності Ісуса Христа в людині;
- творить інформаційно-енергетичну основу вищого чоловічого духовного «Я»;
- є найвищим інформаційно-енергетичним центром духовності, душевності та божественності Ісуса Христа в людині;
- є інформаційно-енергетичним центром єдності чоловічих та жіночих духовних, душевних і божественних протилежностей;
- є одним з найвищих інформаційно-енергетичних центрів триєдиної божественності репрезентованої в людині Ісусом Христом;
- може бути найвищим інформаційно-енергетичним центром антидуховності, антидушевності і антибожественності при свідомій орієнтації людини на антисвіт, антидуховність, антидушевність, антибожественність, зло, ненависть, агресію, насилля, расизм, руйнування та інші негативні емоції;
- якщо досягне всебічного, гармонійного та універсального розвитку, божественної інформаційно-енергетичної чистоти і людина орієнтована на духовне Буття, то може втратити значення найвищого інформаційно-енергетичного центру антисвіту, антидуховності, антидушевності, антибожественності, зла, ненависті, агресії, насилля, расизму, руйнування та ін.;
- у більшості людей є інформаційно-енергетичним центром єдності протилежностей духовності і антидуховності, душевності і антидушевності, божественності і антибожественності, любові і ненависті, миролюбства і агресії, гуманізму і расизму, творення і руйнування та ін.;
- диференціює, класифікує та розкладає інформаційно-енергетичні матерії духовного Буття, духовності, душевності, божественності, добра, любові, антисвіту, антидуховності, антидушевності, антибожественності, зла, ненависті і т.д.;

- модуляційно і трансформаційно пристосовує духовні інформаційно-енергетичні матерії до функціональних, еволюційних, духовних, душевних та божественних потреб людини;
- інформаційно-енергетично обумовлює розвиток псі-феноменальності, духовності, душевності і божественності людини в гармонії із псі-феноменальністю, духовністю і божественністю Ісуса Христа;
- творить інформаційно-енергетичну основу божественної любові, проявів Ісуса Христа в людині, початку божественного і триєдино-божественного розвитку людини;
- є одним з інформаційно-енергетичних центрів, що утворює інформаційно-енергетичну основу триєдино-божественного розвитку у єдності Бога Отця, Бога Сина і Бога Духа Святого;
- допомагає усвідомлювати існування божественного Буття Ісуса Христа;
- утворює специфічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми божественної любові чоловічого аспекту і гармонії;
- надає людині, її властивостям, особливостям, здібностям і особливо псі-феноменальності, інформаційно-енергетичну, енергоінформаційну та електромагнітну силу божественної любові, характеристики та ознаки Ісуса Христа;
- специфічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми чакри можуть повністю нейтралізувати інформаційно-енергетичну основу антисвіту, цілком очистити зовнішнє середовище і людей, оздоровити від будь-якої хвороби та допомагати особистій гармонії, гармонії у людських стосунках, гармонії з природою, тваринами, Землею, Всесвітом і духовним Буттям;
- має можливість встановлювати інформаційно-енергетичний взаємобмін з інформаційно-енергетичними полями Ісуса Христа і з самим Ісусом Христом;
- являється інформаційно-енергетичним посередником поєднання між Душею та фізичним тілом, між людиною, духовністю, душевністю і божественністю Ісуса Христа, між людиною і духовним Буттям;
- на рівні Ісуса Христа поєднує в людині любов, духовність, душевність та божественність людського, земного, космічного і божественного походження;
- інформаційно-енергетично допомагає людині зрозуміти і усвідомити значення свого земного життя;
- посередництвом чакри в людині проявляються духовні, душевні та божественні властивості Ісуса Христа, духовного Буття, і якщо чакра досягне універсального розвитку, то Духа Святого і Творця.

### **Те, що невідомо про чакру камешвара-камешвари**

#### **Те, що невідомо про чакру камешвара-камешвари:**

- яке значення мають всі її чакрові конуси для розвитку, вдосконалення і прояву властивостей, особливостей, здібностей, псі-феноменальності, духовності, душевності та божественності Ісуса Христа в людині, для її тіл, виховання, навчання, розвитку, вдосконалення функцій і функціональних можливостей, для лікування, регенерації, реабілітації та рекондиції, для практичного використання інформаційно-енергетичного, псі-феноменального, духовного, душевного і божественного змісту чакрових конусів, для поєднання людини з божественним Буттям Ісуса Христа, з інформаційно-енергетичними полями духовного Буття, Всесвіту, ноосфери, біосфери, Землі, природи, суспільства і окремих людей;

- функції та функціональні можливості чакрових конусів при розвитку та прояву псі-феноменальності, духовності, душевності і божественності людини в гармонії із псі-феноменальністю, духовністю і божественністю Ісуса Христа;
- співвідношення інформацій, мікрочасток, світла та енергій псі-феноменальності, духовності, душевності і божественності людини, Ісуса Христа, Божої Матері, Духа Святого, Творця, Всесвіту, ноосфери, біосфери, Землі, природи і антисвіту у високоспецифічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах, вміщених в порожнинах чакрових конусів та в субультраканалах внутрішньоконусових сіток чакри;
- як інформаційний, псі-феноменальний, духовний, душевний та божественний зміст високо специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм чакрових конусів чакри обумовлює, впливає та встановлює їх режими функціонування, функціонування чакрових конусів інших чакр і внутрішні та зовнішні прояви людини в усіх сферах її діяльності та життя.

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

Пізнання цього принесе нові інформації про еніоанатомію, еніопсихологію і про тонкоматеріальну суть людини, суть її духовності, душевності і божественності в гармонії з Ісусом Христом. Відкриє необмежені можливості створення нових технологій, методів та засобів фізичного, соціального, психічного і особливо псі-феноменального, духовного, душевного та божественного розвитку в гармонії із суттю Ісуса Христа. Дасть можливість людині уникнути інформаційно-енергетичного впливу антисвіту, не допустить, щоб антисвіт заволодів людиною і її Душею. Дозволить людині у своєму розвитку досягнути гармонійного співвідношення з духовністю, душевністю і божественністю людства, природи, Землі, Всесвіту, духовного Буття, Ісуса Христа, Духа Святого і Творця. Людина зможе пізнати себе, а посередництвом самопізнання пізнати світ і Творця.

**Продовження у випуску 23 (89)**

## ЛІТЕРАТУРА

1. **Васильчук А. Л.** Функціональна анатомія чакр. - Львів.: Каменяр, 2003. – 208 с., з іл.
2. **Васильчук А. Л.** Атлас функціональної анатомії тонкоматеріальних тіл людини.– Львів.: „Каменяр”, 2003. – 648 с. з іл.
3. **Васильчук А. Л.** Розвиток чакр у переднатальному та постнатальному періодах онтогенезу людини // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. Вип. 7. - Львів, 2005, С. 18-24.
4. **Васильчук А.Л.** Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. / Ред. – Ю.М. Панишко. – Львів, Вип. 43-66. 2009-2012 р.
5. **Васильчук А.Л.** Феномен людини. Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. / Ред. – Ю.М.Панишко. – Львів, 2012. – Вип. 1-20, (67-87).
6. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomie jemnohmotných těl člověka. – Skalica: Elena Mikúšová MM, 2009. – 1 144 s.: il.
7. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomický výkladový slovník – Skalica: MM a spol., s.r o., 2012 r.–1 592 s.
8. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomický obrazový slovník. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 r. – 784 s.

## ВІРУСНИЙ ЕНЦЕФАЛІТ: ОГЛЯД ДЛЯ ЗАГАЛЬНИХ ЛІКАРІВ

*Представлена оглядова стаття присвячена поширеному невідкладному нейроінфекційному захворюванню – вірусному енцефаліту, котрий асоціюється із високою смертністю, але при вчасній постановці діагнозу зазвичай добре реагує на лікування.*

*Ключові слова: вірусний енцефаліт, етіологія, диференціальна діагностика, лікування, стероїди, ацикловір*

*Обзорная статья посвящена распространенному нейроинфекционному заболеванию – вирусному энцефалиту, который ассоциируется с высокой смертностью, но при своевременной диагностике обычно хорошо реагирует на лечение.*

*Ключевые слова: вирусный энцефалит, этиология, дифференциальная диагностика, лечение, стероиды, ацикловир*

*This review article is dedicated to the prevalent neuro-infectious disease – viral encephalitis which is associated with high mortality rate but in timely disnostics usually favourable responds to therapy.*

*Key words: viral encephalitis, etiology, differential diagnosis, treatment, steroids, acyclovir*

**ВСТУП**

Терміном “енцефаліт” називають гострий, зазвичай дифузний запальний процес у головному мозку. Іноді він може поєднуватися з інфекцією мозкових оболонок, тоді говорять про “менінгоенцефаліт”. Вірусна інфекція є найпоширенішою і найважливішою причиною енцефаліту, хоча його інколи можуть викликати й інші мікроорганізми. Також вирізняють енцефаліт, спричинений дисфункцією імунної системи після попередньої вірусної інфекції чи вакцинації (гострий розсіяний енцефаломієліт, ГРЕМ). Саме інфекційне ураження центральної нервової системи (ЦНС) також інколи важко відрізнити від енцефалопатії дисметаболічного походження. Серед чинників, котрі посприяли зосередженню уваги на проблемах вірусного енцефаліту протягом останніх років, є такі:

- розробка ефективних противірусних препаратів, зокрема, ацикловіру, для лікування герпетичного енцефаліту (ГЕ), спричиненого вірусами простого герпесу 1-го або 2-го типу (ВПГ-1 і ВПГ-2);

- поширення нейроСНІДу, ускладненого багатьма іншими гострими вірусними інфекціями;

- недавнє офіційне визнання нових вірусних нейроінфекцій, наприклад, енцефаліту Західного Нілу.

Ця стаття присвячена різним аспектам вірусного енцефаліту – його етіології, диференціальній діагностиці і лікуванню. Особливу увагу звернуто на ГЕ, котрий залишається найпоширенішою причиною спорадичного летального енцефаліту в осіб, проживаючих у розвинутих країнах.

**1. ПРИЧИНИ ВІРУСНОГО ЕНЦЕФАЛІТУ**

Різні причинні фактори гострого інфекційного вірусного енцефаліту перераховано в таблиці 1. Нині недоступні точні цифри щодо частоти енцефалітів, спричинених конкретними вірусами, хоч існують приблизні оцінки. Наприклад, вважається, що ГЕ, найважливіший вірусний енцефаліт, який піддається лікуванню, трапляється з частотою

приблизно 1 випадок на 1 млн. населення в рік. У США щорічно виникають 2000 таких ситуацій. Близько 90% ГЕ викликані ВПГ-1, приблизно 10% - ВПГ-2, причому останній найчастіше уражає осіб із глибокою імуносупресією і новонароджених. Молекулярні дослідження свідчать, що ГЕ може бути наслідком первинного інфікування, реактивації латентного ВПГ чи повторного інфікування іншим штамом останнього. Ці цифри щодо поширеності ГЕ є, мабуть, заниженими, про що можна судити з досвіду різних неврологічних клінік і детальних досліджень із використанням полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Так, застосовуючи цей метод у малих групах пацієнтів, було виявлено, що до 20% хворих на ГЕ мають легкі чи атипові форми хвороби, спричинені ВПГ-1 або ВПГ-2 та поширені переважно в осіб із значною імунною недостатністю, наприклад, у ВІЛ-інфікованих.

Таблиця 1.

### Причини вірусного енцефаліту

<p>Вірус простого герпесу (ВПГ-1, ВПГ-2)          Інші герпес-віруси: вірус вітряної віспи (ВВВ), цитомегаловірус (ЦМГ), вірус Епштейна-Барра (ВЕБ), вірус герпесу людини 6 (ВГЛ6)          Аденовіруси          Вірус грипу А          Ентеровіруси, вірус поліомієліту          Віруси кору, епідемічного паротиту і краснухи          Вірус сказу          Арбовіруси — наприклад, збудники японського енцефаліту В, енцефаліту Сент-Луїс, енцефаліту Західного Нілу, східного, західного і венесуельського кінських енцефалітів, кліщового енцефаліту          Буньявіруси — наприклад, штам Ля Кроссе каліфорнійського вірусу          Реовіруси — наприклад, вірус колорадської кліщової гарячки          Ареनावіруси — наприклад, вірус лімфоцитарного хориоменінгіту</p>
--

У недавньому дослідженні у Фінляндії для виявлення різних вірусів провели ПЛР ліквору у більш як 3000 пацієнтів із різними інфекційними процесами ЦНС, включаючи енцефаліт, менінгіт і мієліт. Несподівано з'ясувалося, що вірус вітряної віспи (ВВВ), причина вітрянки і оперізуючого герпесу, виявляли найчастіше (у 29% хворих), ВПГ і ентеровіруси – кожен в 11% хворих і вірус грипу А – у 7% випадків. Якщо ми припускаємо причинно-наслідковий зв'язок між виявленими мікроорганізмами і неврологічними розладами у значному відсотку досліджених випадків, то частота ВВВ загалом недооцінена, а ВПГ – перебільшена. Разом з тим виявлення ВПГ при вірусному енцефаліті є визначальним, оскільки при цьому існує ефективне лікування. Для з'ясування цієї проблеми потрібні подальші дослідження із застосуванням ПЛР.

Якщо ВІЛ-інфекція зазвичай не є безпосередньою причиною підгострого енцефаліту, то імуносупресія, що її супроводжує, схиляє до розвитку вірусного енцефаліту, викликаного, наприклад, ВПГ-1, ВПГ-2, ВВВ і цитомегаловірусом (ЦМВ). Частота і поширеність цих збудників коливається від регіону до регіону, причому існують значні відмінності між Європою, Азією і США. Так, вірусний енцефаліт Сент-Луїс, що спричиняється арбовірусом, який переноситься москітами, трапляється на Середньому Заході і Сході США, але не у Великобританії, тоді як японський енцефаліт є серйозною проблемою в Азії і найпоширенішою причиною епідемічного енцефаліту у світі, щорічно

викликаючи до 15000 смертей. Дві “свіжі” вірусні нейроінфекції, на які звернули уваги лише недавно, є вірусні енцефаліти Західного Нілу і Ніпах. Перший викликаний проникненням нейровірулентних штамів вірусу Західного Нілу в Західну півкулю, а другий – внаслідок подолання щойно відкритим параміксовірусом міжвидового бар’єру між кажанами і свинями і є першим масштабним епізоотичним енцефалітом із безпосередньою передачею збудника від тварини до людини.

## 2. ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ВІРУСНОГО ЕНЦЕФАЛІТУ

Характерними клінічними проявами вірусного енцефаліту є гарячка, болі голови, зміни свідомості з розвитком у деяких випадках судом та вогнищевих неврологічних симптомів. Проте різниця між ним і дисметаболічною енцефалопатією чи ГРЕМ не завжди чітка. Коли лікар зупиняється на діагнозі вірусного енцефаліту, далі необхідно розробити чіткий план досліджень, щоб визначити ймовірну причину.

### 2.1. Як відрізнити вірусний енцефаліт від неінфекційної енцефалопатії?

Є багато патологічних станів, що супроводжуються енцефалопатичним синдромом, який може нагадувати вірусний енцефаліт. Найважливіші з них подані у таблиці 2. Найбільше серед них впадають в очі системні інфекції, які за своєю клінічною картиною дуже нагадують енцефаліт. У хворих, що недавно повернулися з-за кордону (зокрема, ендемічних регіонів), слід особливу увагу звернути на можливість не-вірусної інфекції, зокрема, нейромаларії, яка за відсутності раннього лікування швидко закінчується летально. Розгубленість у лікаря можуть спричинити численні дисметаболічні порушення, включаючи печінкову і ниркову недостатність та ускладнення цукрового діабету. Треба завжди розглядати можливість алкогольної і медикаментозної інтоксикації.

Таблиця 2.

#### Поширені причини енцефалопатії

Гіпоксія/ішемія
Метаболічні розлади
Порушення харчування
Інтоксикації
Системні інфекції
Критичні стани
Злоякісна гіпертензія
Мітохондріальні цитопатії (синдроми Рейе і MELAS)
Енцефалопатія Хашімото
Паранеопластичні синдроми
Злоякісний нейрорептичний синдром
Черепно-мозкова травма
Епілепсія (несудомний епістатус)

Разом з тим є багато ознак, які вказують на те, що хворий, імовірно, має вірусний енцефаліт, а не не-вірусну енцефалопатію. Найважливіші з них подано в таблиці 3. Їх слід розглядати не ізольовано, а в комплексі, оскільки не всі вони будуть наявні в одного і того самого пацієнта. Так, в літературі описані випадки хворих з верифікованою дисметаболічною енцефалопатією, в яких спостерігалися коливання рівня свідомості, але відсутність вогнищевих неврологічних проявів, фокальних судом, специфічних змін на

ЕЕГ, томограмі і в аналізах ліквору допомогла провести диференціальну діагностику.

Таблиця 3.

### Диференціальні ознаки енцефалопатії й енцефаліту

	Енцефалопатія	Енцефаліт
Клінічні прояви		
Гарячка	Нетипова	Типова
Біль голови	Нетиповий	Типовий
Стан свідомості	Поступове погіршення	Може коливатися
Вогнищеві неврологічні симптоми	Нетипові	Типові
Типи судомних нападів	Генералізовані	Генералізовані або фокальні
Дані параклінічних обстежень		
Кров	Лейкоцитоз нетиповий	Лейкоцитоз типовий
СМР	Плеоцитоз нетиповий	Плеоцитоз типовий
ЕЕГ	Дифузне сповільнення хвиль	Дифузне сповільнення хвиль і вогнищеві зміни
МРТ	Часто нормальна	Вогнищеві зміни
Ці ознаки є лише директивними для лікаря у розрізненні двох станів. У конкретного пацієнта виявляють різні їх поєднання. СМР - спинномозкова рідина; ЕЕГ - електроенцефалографія; МРТ - магнітно-резонансна томографія.		

#### 2.2. Як відрізнити інфекційний вірусний енцефаліт від ГРЕМ?

ГРЕМ, також відомий як післяінфекційний енцефаломієліт, зазвичай виникає в інтервалі чотирьох тижнів після вакцинації або інфекційного захворювання, наприклад, кору, краснухи, вітрянки чи інших системних інфекцій, що уражають дихальний чи шлунково-кишковий канал. Є багато даних експериментальних досліджень, що свідчать про аутоімунне підґрунтя цієї хвороби. Потенційними механізмами є молекулярна мімікрія між епітопами мієлінових антигенів і вірусними та іншими інфекційними патогенами, імунний “збій”, індукція суперантигенів і безпосередня дія інфекційного агента. Важливо відрізнити ГРЕМ від гострого інфекційного та неінфекційного енцефаліту, гострої токсико-метаболическої енцефалопатії. Діагноз не завжди явний і існує багато критеріїв анамнезу, фізикального обстеження і параклінічних методів обстеження, що можуть допомогти в диференціації між ГРЕМ та інфекційним енцефалітом. Вони подані у таблиці 4. Типовими ознаками є молодий вік пацієнта із даними про недавню вакцинацію чи інфекцію в анамнезі, гостра маніфестація без гарячки на початку і наявність множинних вогнищевих неврологічних симптомів із залученням як ЦНС, так і інколи периферичних нервів та корінців. Слід пам’ятати, що ГРЕМ може також проявлятися у вигляді поперечного мієліту, неврити зорового нерва, мозочкової атаксії; відрізнити його від розсіяного склерозу інколи досить складно. Як і при диференціальній діагностиці з енцефалопатією, всі діагностичні ознаки треба враховувати в комплексі.



**Порівняння між гострим розсіяним енцефаломієлітом та інфекційним енцефалітом**

	Гострий розсіяний енцефаломієліт	Інфекційний енцефаліт
Клінічні прояви		
Найпоширеніший вік хворих	Діти	Будь-який вік
Вакцинація у недавньому минулому	Типово	Нетипово
Продромальні ознаки	Зазвичай	Інколи
Гарячка	Може траплятися	Типова
Втрата зору (одного ока чи обох очей)	Може траплятися	Нетипова
Ознаки ураження спинного мозку	Можуть траплятися	Дуже рідкісні
Дані параклінічних обстежень		
Кров	Інколи трапляється лейкоцитоз	Лейкоцитоз типовий
МРТ (T2-зважений режим)	Множинні гіперденсні вогнищеві ділянки однакових розмірів у білій речовині великих півкуль, базальних гангліях, стовбурі мозку, мозочку і спинному мозку	Одна чи кілька дифузних гіперденсних ділянок у сірій речовині кори головного мозку і суміжній білій речовині, рідше - в зоні базальних гангліїв, стовбура мозку і мозочка
СМР	Лімфоцитарний плеоцитоз, підвищений рівень білка, нормальний рівень глюкози і негативні результати бактеріологічних культур. При гострому геморагічному лейкоенцефаліті трапляються еритроцити	Лімфоцитарний плеоцитоз, підвищений рівень білка, нормальний рівень глюкози і негативні результати бактеріологічних культур. При герпетичному енцефаліті трапляються еритроцити

**2.3. Як визначити ймовірну причину гострого інфекційного енцефаліту?**

Віруси, які можуть викликати гострий інфекційний енцефаліт, перераховано в таблиці 1. Існує також багато не-вірусних збудників цього захворювання, включаючи різні бактерії, рикетсії, грибки і паразити; вони подані у таблиці 5. Проте слід пам'ятати, що приблизно у половині випадків причини вірусного енцефаліту не визначають.

**Не-вірусні збудники інфекційного енцефаліту**

Бактеріальні	Mycobacterium tuberculosis, Mycoplasma pneumoniae, Listeria monocytogenes, Borrelia burgdorferi, лептоспіроз, бруцельоз, Legionella, Tropheryma whippeli (хвороба Віппла), Nocardia actinomyces, Treponema pallidum, Salmonella typhi, всі збудники гнійного менінгіту
Рикетсіозні	Rickettsia rickettsia (плямиста лихоманка Скелястих Гір), Rickettsia typhi (ендемичний тиф), Rickettsia prowazeki (епідемічний тиф), Coxiella burnetti (Q-лихоманка), ерліхіоз (Ehrlichia chaffeensis — людський моноцитарний ерліхіоз)
Грибкові	Криптококоз, аспегільоз, кандидоз, кокцидіомікоз, гістоплазмоз, північно-американський бластомікоз
Паразитарні	Людський африканський трипаносомоз (сонна хвороба), нейромаларія, Toxoplasma gondii, Echinococcus granulosus, шистосомоз

**2.3.1. Дані анамнезу**

Ретельно зібраний анамнез, як правило, у родичів пацієнта в комі, має ключове значення для визначення причини енцефаліту. Наявність продромальних симптомів або недавньої вакцинації, а також розвиток захворювання за кілька днів може вказувати на ГРЕМ. Двофазний початок системного захворювання з подальшим ураженням ЦНС характерний для ентеровірусного енцефаліту. GE зазвичай має раптовий початок із швидким кількадечним прогресуванням, проте немає чітких клінічних ознак, котрі можна було б застосувати для розрізнення його й інших варіантів вірусного енцефаліту. Мають значення анамнестичні дані стосовно подорожі в ендемічні регіони та географічний контекст хвороби. Наприклад, нейромаларію та людський африканський трипаносомоз слід підозрювати у хворого, що понедавно вернувся із Африки, японський енцефаліт – коли він недавно був в Азії, а хворобу Лайма – після відвідування ендемічних районів Європи та США. Інформація про недавні укуси має насторожити стосовно кліщового енцефаліту чи навіть сказу, є суттєвими згадки про контакт із пацієнтами з дитячими екзантематозними хворобами чи поліомієлітом. Доречною може бути інформація про професію пацієнта – наприклад, у лісників більший ризик зазнати укусів кліщів, у медичного персоналу – заразитися від інфекційних хворих. Варто звернути увагу на пору року, коли почалася хвороба, – наприклад, японський енцефаліт поширеніший у дощові періоди, арбовірусний – у літньо-осінні місяці. Необхідно брати до уваги різні сприяючі фактори, зокрема, факт наявності імуносупресії чи актуальну медикаментозну терапію. Особи після трансплантації органів дуже схильні до опортуністичних інфекцій типу лістеріозу, аспергільозу і криптококозу, а хворі на СНІД – до різних нейроінфекцій, зокрема, GE, спричиненого ВПГ-2, чи інфікування ЦМВ.

### **2.3.2. Дані фізикального обстеження**

Грунтовне фізикальне обстеження може виявити ознаки системного захворювання, наприклад, дихального чи шлунково-кишкового тракту. Шкірний висип може вказувати на ВВВ та інші вірусні (кір) чи невірусні (рикетсіоз) причини. Ознаки укусів суттєві для можливого діагнозу хвороби Лайма чи сказу. Наявність простого герпесу при ГЕ нині діагностичної цінності не має.

При неврологічному обстеженні виявляють ознаки вогнищового ураження нервової системи, наприклад, синдроми лобної чи скроневої часток, афазію, зміни особистості, фокальні судоми, типові для ГЕ, але подібна фокалізація може бути мінімальною при гострому вірусному енцефаліті і вона не має діагностичної цінності для з'ясування причинного збудника. Нині визнають, що приблизно 20% випадків ГЕ є відносно доброякісними й атиповими, без класичних симптомів вогнищовості. Інколи трапляється підйом внутрішньочерепного тиску, зазвичай на початкових стадіях хвороби. При наявності ознак залучення периферичної нервової системи виникає висока ймовірність ГРЕМ чи енцефаліту, спричиненого ЦМГ, ВВВ або вірусом Епштейна-Барра (ВЕБ) – всі вони дають клінічну картину ураження як центральної, так і периферичної нервової системи. Мієліт чи поліомієліт нетипові для ГЕ, а вказують на можливість інфікування вірусом поліомієліту, ентеро- чи аденовірусом (зокрема, вірусами Західного Нілу і японського енцефаліту).

### **2.3.3. Дані параклінічних обстежень**

Останні є як загальнономедичними, так і спеціальними неврологічними.

Загальнономедичні обстеження включають загальний та біохімічний аналіз крові. Лейкоцитоз типовий для ГРЕМ, відносний лімфоцитоз може траплятися при вірусному енцефаліті. Лейкопенія наявна при рикетсіозах, дуже високе ШОЕ дає підставу підозрювати туберкульоз чи злоякісний новотвір. У разі настороженості щодо нейромаларії необхідно виконати мазок крові на товстому краплі. При підозрі на дисметаболічну енцефалопатію потрібно провести ґрунтовний біохімічний скринінг. У разі можливості туберкульозу, мікроплазменної інфекції, злоякісних новотворів і легіонельозу слід обов'язково проводити оглядову рентгенографію легень. Серологічні дослідження діагностично цінні, але потребують як мінімум одного тижня для одержання результатів, а тому малоактуальні в гострому стані. Проте наявність холодкових аглютининів можна визначити дуже швидко і в разі позитивних результатів це вказує на наявність мікоплазм; з допомогою твердофазового імуноферментного аналізу (ТІФА) реально швидко виявити антитіла до арбовірусів. Посів на віруси з різних ділянок організму допомагає у постановці остаточного діагнозу, але, на думку багатьох лікарів, його рідко можна використовувати в гострому періоді нейроінфекцій.

Спеціальні неврологічні дослідження починаються з нейровізуалізації з допомогою комп'ютерної (КТ) чи магнітно-резонансної (МРТ) томографії, щоб швидко виключити внутрішньочерепну пухлину або абсцес, а також одержати специфічну діагностичну інформацію. МРТ є методом вибору при підозрі на вірусний енцефаліт. Головний мозок на КТ при ГЕ може мати нормальний вигляд, особливо на початку хвороби, а в типових випадках демонструє гіперденсні зони в одній чи обох скроневих частках. МРТ чутлива на початкових фазах ГЕ, хоч інколи при цьому розладі демонструє нормальну картину. Типовими МРТ-ознаками при ГЕ є наявність ділянок локального набряку в скроневих частках, орбітальних зонах лобних часток, корі острівця і кутової закрутки, особливо при

підсиленні гадолінієм. При вираженому набряку головного мозку трапляється зміщення серединних структур останнього. Деякі типи вірусного енцефаліту (наприклад, японський і східний кінський) також пов'язані з типовими змінами на МРТ. Функціональна нейровізуалізація, зокрема ОФЕКТ (однофотонна емісійна комп'ютерна томографія) у разі можливості її проведення дає додаткову інформацію при вірусному енцефаліті – наприклад, наявність гіпоперфузії скроневої частки при ГЕ. ЕЕГ треба проводити у всіх випадках енцефаліту, вона особливо корисна для диференціації між енцефалітом і дисметаболічною енцефалопатією. На ній виявляють патологічні зміни при ГЕ, зокрема, раннє неспецифічне сповільнення або періодичні латералізовані епілептоформні розряди (ПЛЕР), хоча вони і не є патогномонічними.

За умови виключення методами нейровізуалізації внутрішньочерепного плюс-процесу, масивного набряку головного мозку чи зміщення серединних структур, при підозрі на енцефаліт слід провести люмбальну пункцію з подальшим аналізом ліквору. При наявності вираженого набряку багато клінік вважають за необхідне перед проведенням самої процедури для зниження внутрішньочерепного тиску короткий час пролікувати хворого стероїдами і/чи манітолом. Хоча згідно зі статистичними даними близько 5% пацієнтів із ГЕ мають нормальні показники СМР, у разі цієї хвороби в останній виявляють лімфоцити в кількості 10–200/мм<sup>3</sup> і підвищення рівня білка до 0,6–6 г/л. Низький рівень глюкози ліквору нетиповий для вірусного енцефаліту, але коли такий рівень наявний, слід подумати про можливість туберкульозного менінгоенцефаліту. Ксантохромія СМР при ГЕ не є специфічною ознакою. Діагноз вірусного енцефаліту набагато поліпшився із впровадженням ПЛР ліквору. У хорошій лабораторії вона буде позитивна на ДНК ВПГ приблизно в 95% випадків протягом першого тижня захворювання, причому несправжні негативні результати найчастіше трапляються у перші 24-48 годин хвороби і після 10-14 днів лікування. Специфічність методу становить більше 95%, його також застосовують для діагностики вірусного енцефаліту іншої етіології, наприклад, спричиненого ЦМГ, ВВВ, грипом або ентеровірусною інфекцією. Проте в цих випадках цінність ПЛР має невелике значення в лікуванні гострої фази внаслідок пізнього одержання результатів. Біопсію головного мозку після запровадження в лікування ацикловіру, а в діагностику – ПЛР ліквору нині проводять дуже рідко, хоч інколи її слід розглядати при серйозних сумнівах щодо причини захворювання.

### **3. ЛІКУВАННЯ ВІРУСНОГО ЕНЦЕФАЛІТУ**

Воно є загальним і специфічним.

Загальне лікування в цілому є підтримуючим. Фокальні чи генералізовані судоми слід ефективно лікувати антиконвульсантами, зазвичай внутрішньовенним введенням фосфенітоїну. Легкий ступінь підвищення внутрішньочерепного тиску, який часто виявляють при вірусному енцефаліті, не вимагає терапії. При його помірному підвищенні виявляють клінічне погіршення і розвиток набряку диска зорового нерва, а при сильному – згладження борозд і зміщення серединних структур головного мозку за даними нейровізуалізації. Такі стани слід лікувати внутрішньовенним введенням манітолу і/або стероїдів. Незважаючи на брак доказової бази, ми зазвичай не припиняємо застосовувати гормони після початку лікування енцефаліту противірусними агентами. У разі швидкого збільшення внутрішньочерепного тиску, що супроводжується клінічним погіршенням і не реагує на консервативне лікування, необхідно серйозно розглянути можливість нейрохірургічної декомпресії, котра єдина часто допомагає зберегти життя хворого. Крім того, слід швидко

виявляти і відповідно коригувати інші ускладнення типу рідинно-електролітного дисбалансу, вторинних бактеріальних інфекцій, аспіраційної пневмонії, дихальної недостатності і серцевих розладів. Стероїди часто використовують і при ГРЕМ, проте нині ще не проведено плацебо-контрольованих досліджень, котрі б довели їх ефективність в разі цього захворювання.

За відсутності антивірусної терапії при ГЕ помирає більше 70% хворих. Специфічним методом лікування є внутрішньовенне введення ацикловіру, нуклеозидного аналога, який специфічно діє проти клітин, інфікованих вірусом, чим пояснюється його добра безпека і брак токсичності. Цей препарат зробив революцію в лікуванні та прогнозі ГЕ, хоча навіть при його використанні смертність становить 28% через 18 місяців після початку лікування. Якщо пацієнт, ймовірно, має ГЕ, ацикловір слід розпочинати вводити якнайшвидше в дозуванні 10 мг/кг тричі на день. Якщо діагноз ГЕ підтверджено ПЛР СМР і/або виявляють характерні зміни на МРТ, курс лікування препаратом становить 14 днів. Протягом цього періоду слід ретельно контролювати функції нирок, оскільки інколи терапія ацикловіром супроводжується нирковою недостатністю. Препарат треба припинити застосовувати лише тоді, коли встановлено чіткий альтернативний діагноз, інакше клінічне погіршення після припинення лікування буде важко інтерпретувати і ще важче лікувати. У разі підозри на ГЕ і негативних результатів ПЛР ліквору та МРТ лікування досить просте. У цьому разі призначають ацикловір протягом 10 днів. Прогноз для ГЕ ліпший у молодих пацієнтів, із тривалістю хвороби до 4 днів і кількістю балів за шкалою коми Глазго до 6 на момент початку лікування ацикловіром. У деяких центрах ПЛР СМР повторюють під кінець лікування цим препаратом і для запобігання рецидиву рекомендують довший курс. Доказова база для такого підходу не розроблена і він не входить до рутинних методів терапії. Проте Об'єднана група з дослідження противірусної терапії щойно розпочала дослідження, у якому цю проблему буде з'ясовано, а також визначено ефективність 90-денного курсу перорального ацикловіру після завершення 14-денного курсу інфузій. Отже, така практика може стати стандартом у близькому майбутньому. При енцефаліті, спричиненому ЦМГ, зокрема на фоні ВІЛ-інфекції, рекомендується комбіноване лікування внутрішньовенним ганцикловіром плюс/мінус фоскарнет, хоча доказова база такої схеми ще не устійнена.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Bale JF Jr. Emerging viral infections. *Semin Pediatr Neurol.* 2012 Sep;19(3):152-7.
2. Davies NW, Sanderson F. Encephalitis: help from guidelines. *Pract Neurol.* 2012 Aug;12(4):206-8.
3. Kennedy PG, Steiner I. Recent issues in herpes simplex encephalitis. *J Neurovirol.* 2013 Aug;19(4):346-50.
4. Kirkham FJ. Guidelines for the management of encephalitis in children. *Dev Med Child Neurol.* 2013 Feb;55(2):107-10.
5. Kneen R, Michael BD, Menson E, Mehta B, Easton A, Hemingway C, Klapper PE, Vincent A, Lim M, Carrol E, Solomon T; National Encephalitis Guidelines Development and Stakeholder Groups. Management of suspected viral encephalitis in children - Association of British Neurologists and British Paediatric Allergy, Immunology and Infection Group national guidelines. *J Infect.* 2012 May;64(5):449-77.
6. Gaieski DF, Nathan BR, Weingart SD, Smith WS. Emergency neurologic life support:

- meningitis and encephalitis. Neurocrit Care. 2012 Sep;17 Suppl 1:S66-72.
7. Greenlee JE. Encephalitis and postinfectious encephalitis. Continuum (Minneapolis, Minn). 2012 Dec;18(6 Infectious Disease):1271-89.
  8. Michael BD, Solomon T. Seizures and encephalitis: clinical features, management, and potential pathophysiologic mechanisms. Epilepsia. 2012 Sep;53 Suppl 4:63-71.
  9. Skelly MJ, Burger AA, Adekola O. Herpes simplex virus-1 encephalitis: a review of current disease management with three case reports. Antivir Chem Chemother. 2012 Sep 25;23(1):13-8.
  10. Solomon T, Hart IJ, Beeching NJ. Viral encephalitis: a clinician's guide. Pract Neurol. 2007 Oct;7(5):288-305.
  11. Solomon T, Michael BD, Smith PE, Sanderson F, Davies NW, Hart IJ, Holland M, Easton A, Buckley C, Kneen R, Beeching NJ; National Encephalitis Guidelines Development and Stakeholder Groups. Management of suspected viral encephalitis in adults--Association of British Neurologists and British Infection Association National Guidelines. J Infect. 2012 Apr;64(4):347-73.
  12. Steiner I, Budka H, Chaudhuri A, Koskiniemi M, Sainio K, Salonen O, Kennedy PG. Viral meningoencephalitis: a review of diagnostic methods and guidelines for management. Eur J Neurol. 2010 Aug;17(8):999-e57.
  13. Studahl M, Lindquist L, Eriksson BM, Günther G, Bengner M, Franzen-Röhl E, Fohlman J, Bergström T, Aurelius E. Acute viral infections of the central nervous system in immunocompetent adults: diagnosis and management. Drugs. 2013 Feb;73(2):131-58.
  14. Thompson C, Kneen R, Riordan A, Kelly D, Pollard AJ. Encephalitis in children. Arch Dis Child. 2012 Feb;97(2):150-61.
  15. Tunkel AR, Glaser CA, Bloch KC, Sejvar JJ, Marra CM, Roos KL, Hartman BJ, Kaplan SL, Scheld WM, Whitley RJ; Infectious Diseases Society of America. The management of encephalitis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2008 Aug 1;47(3):303-27.
  16. Venkatesan A, Tunkel AR, Bloch KC, Laming AS, Sejvar J, Bitnun A, Stahl JP, Mailles A, Drebot M, Rupprecht CE, Yoder J, Cope JR, Wilson MR, Whitley RJ, Sullivan J, Granerod J, Jones C, Eastwood K, Ward KN, Durrheim DN, Solbrig MV, Guo-Dong L, Glaser CA; International Encephalitis Consortium. Case definitions, diagnostic algorithms, and priorities in encephalitis: consensus statement of the international encephalitis consortium. Clin Infect Dis. 2013 Oct;57(8):1114-28.
  17. Wilson MR. Emerging viral infections. Curr Opin Neurol. 2013 Jun;26(3):301-6.

**Ю.М. ОХРИМЕНКО, О.М. ПАДОВСЬКА**  
**ТРАДИЦІЙНА УКРАЇНСЬКА КУХНЯ**  
**ЯК СКЛАДОВА НАЦІОНАЛЬНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ**  
**В "ЕНЕЇДІ" ІВАНА КОТЛЯРЕВСЬКОГО.**

*Розглядаються рецепти давніх українських страв, назви яких зустрічаються в "Енеїді".*

*Ключові слова: кухня, національно ідентичність*

*Рассматриваются рецепты древних украинских блюд, названия которых встречаются в "Энеиде".*

*Ключевые слова: кухня, национально идентичность*

*We consider the recipes of old Ukrainian dishes whose names are found in the "Aeneid."*

*Key words: kitchen, national identity*

При асиміляції поневолених націй у першу чергу зникає народне мистецтво, пізніше — мова. Але традиційна кухня затримується найдовше. Це природно. Людина може забути рідну мову, свідомо стати на бік колонізаторів, але завжди буде бажати страв, знайомих з дитинства від батьків. А батьки у свою чергу знайомилися з ними від своїх батьків. Цей ланцюжок поколінь може пронизувати кілька століть. В українській літературі дуже насиченою назвами страв є “Енеїда” Котляревського. Це не випадково. Зовнішньо лояльний до імперії, Котляревський у такий спосіб хотів показати, що українці і росіяни — різні народи, бо мають різні традиції, у тому числі й кулінарні. За час, що минув від написання твору, українська кухня трансформувалася. Міцно ввійшли у традицію, наприклад, страви з картоплі. У часи Котляревського вона ще не була “другим хлібом”, і в “Енеїді” не згадується. Те саме можна сказати й про цукор з цукрових буряків, та соняшникову олію, а тим паче — помідори. Мед тоді був дешевший, ніж цукор, а олію отримували з конопляного насіння. Натомість деякі давні страви на практиці зникли, і їх рецептів не зустрічаємо у сучасних кулінарних довідниках. Тут нам на допомогу прийшла книжка Миколи Маркевича “Обычаи, поверья, кухня и напитки малороссиян”

Маркевич, друг Тараса Шевченка і великий шанувальник Івана Котляревського, подав у ній рецепти майже всіх страв, згаданих в “Енеїді”.

“Енеїда” Котляревського була покликана будити, здавалося, навіки приспану самосвідомість українців. І не тільки палким словом, але й ось так — через шлунок.

Поклали шальовки соснові,  
Кругом наставили мисок;  
І страву всякую, без мови,  
В голодний пхали все куток.  
Тут з салом галушки лигали,  
Лемішку і куліш глитали  
І брагу кухликом тягли;  
Та і горілочку хлистали, —  
Насилу із-за столу встали  
І спати послі всі лягли.

Галушки з салом

Взяти гречаного борошна, замісити густо на воді, кидати ложкою в солоний окріп, півгодини покип'ятити, покласти конопляного або коров'ячого масла чи свиного сала і подавати.

#### **Лемішка**

Підсмажити пшеничне або гречане борошно, розвести солоним окропом, покласти до горщика, поставити до печі на одну годину. Подавати з коров'ячим або конопляним маслом і цибулею.

#### **Куліш**

Змити крупи або пшона у горшку, залити водою і зварити з пісним або коров'ячим маслом або свинячим салом.

Тут їли рознії потрави,  
І все з полив'яних мисок,  
І самі гарнії приправи  
З нових кленових тарілок:  
Свинячу голову до хрину  
І локшину на перемену,

Потім з підлевою індик;  
На закуску куліш і кашу,  
Лемішку, зубці, путрю, квашу  
І з маком медовий шулик.  
Свиняча голова до хрину

У дохристиянські часи дикий кабан (вепр) вважався священною твариною, його приносили в жертву богам. З вепром пов'язаний культ верховного бога Перуна. Готують свинячу голову, як пише М. Маркевич таким чином: “Свинячу голову очистити, вимити і поставити варити. Натерти хрину, засмажити його з маслом, покласти туди борошна, розвести трішки бульйоном, покласти сметани і закип'ятити з невеликою кількістю солі. Вийняти зварену голову, відділити від неї нижню щелепу і подавати”

#### **Локшина**

0,5 кілограма пшеничного борошна ретельно пересіяти і змішати з двома яйцями, посолити вимісити на стільниці, доки тісто не перестане прилипати до рук. Потім належить тісто тонко розкатати, і залишити на стільниці, аби підсохло. Коли вже добре підсохне, обсипати з однієї і другої сторони дрібкою борошна, згорнути його валиком, і різати гострим ножем вузькими стрічками. Коли локшина вже готова, слід її перетрусити на стільниці. Перед самим подаванням на стіл кинути локшину у киплячу підсолену воду, помішати, і готувати не менш, як 10 хвилин. Коли спливе на поверхню, тоді вже готова. Слід вилити її на дуршлаг, полити холодною водою, щоб не склеїлася і коли добре зтече, можна подавати до столу.

#### **Індик з підливою**

Індика засмажити. Під ним буде сік. Покласти до цього соку цибулі, щоб вона підсмажилася. Окремо підсмажити борошна з маслом, розвести це вищевказаним соком, покласти туди сметани й оцту до смаку, облити індика і поставити до печі, аби просякла і подавати до столу.

#### **Зубці**

Обтовчений ячмінь спочатку зварити у воді. Потім двічі скип'ятити у молоці з конопляного насіння.

#### **Путря**

Варити ячмінну кутю. Викласти її до ночовок, обсипати житнім солодом, гарно перемішати, покласти у бочівку, налити солодким квасом, поставити у тепле місце на добу

#### **Кваша**

Взяти житнього борошна, гречаного борошна і солоду, покласти до бочівки, розмішати з навіпkip'яченою водою, дати півгодини чи годину посолодитися. Закип'ятити сильно другу воду і розвести до смаку, аби була рідка чи густа, хто як любить. Поставити до печі у тепле місце, аби набула кислоти, тоді варити у горщику, і закип'ятивши, подавати.

#### **Шулик**

Шулики — порізані на невеликі шматочки пшеничні коржі, залиті розведеним медом разом із м'ятими у макітрі маком.

І зараз миттю всі пустились  
Горілку, м'ясо купувать,  
Хліб, бублики, книші вродились,  
Пійшли посуду добувать;  
І коливо з куті зробили,  
Сити із меду наситили,  
Договорили і попа;  
Хазяїнів своїх ззивали,  
Старців по улицям шукали,



Пішла на дзвін дякам копа.

### **Бублики**

Вчинити пшеничне тісто, коли підійде опара, місити круто на пісному або скоромному маслі. Дати тісту підійти, тонко катати, надати форми кільця, посипати маком, або сіллю чи чорнушкою. Після цього обварити і посадити до печі.

### **Книші**

Вчинити житнього тіста, замісити з гречаним борошном. Коли підійде, викачати на столі. Ліпити книші ложкою, яку вмочити у розтоплене свиняче сало. Зліпивши, садити до печі, а потім витягнувши, знову помастити свинячим салом.

### **Кутя (коливо)**

Подається на Різдво за вечерею, а також на поминки. Буває ячмінна, пшенична і рисова. Обтовкти ячмінь або пшеницю, і варити на воді. Подається з молоком: конопляним, маковим або мигдалевим, чи розведеним медом, який називають ситою.

На другий день раненько встали,  
Огонь надворі розвели  
І м'яса в казани наклали,  
Варили страву і пекли.  
П'ять казанів стояло юшки,  
А в чотирьох були галушки,  
Борщу трохи було не з шість;  
Баранів тьма була варених,  
Курей, гусей, качок печених,  
Досита щоб було всім їсть.

### **Юшка**

Це суп. Робиться з квасолею, з пастернаком, як звичайний суп, з салом чи пісним м'ясом.

### **Борщ**

Капуста, буряки і м'ясо кладуть до горщика, їх затовкують добрим свинячим салом і заливають буряковим квасом. Коли борщ закипить, його солять, кладуть сало з цибулею, а при подачі кладуть сметану. Коли піст, то замість м'яса, сала і сметани кладеться риба і конопляна олія з цибулею.

### **Смажені гуси**

Жирну гуску (найкраще, коли вона не досягла одного року), ретельно обскубати, обсмалити, обрізати крила і шийку, і добре вимити. Потім натерти її сіллю, а всередині майораном і залишити на холоді на дві години. Потім нафарширувати її дрібними яблучками (яблук не належить чистити), і гуску зашити. Покласти на братванку 3 ложки масла, на масло гуску, і всунути до печі. Під час смаження належить гуску поливати соусом, який вона із себе випустила. Через 2-3 години, коли вона вже м'яка, вийняти яблука, розрізати гуску, викласти на полумисок, обікласти її вийнятими яблучками і полити соком, у якому вона смажилася.

В се врем'я в рай боги зібрались  
К Зевесу в гості на обід,  
Пили там, їли, забавлялись,  
Забули наших людських бід.  
Там лакомини різні їли,  
Буханчики пшеничні білі,  
Кислиці, ягоди, коржі  
І всякі-разні витребеньки, —  
Уже либонь були п'яненькі,  
Понадувались, мов йоржі.

### **Буханці**

Млинці з пшеничного або гречаного чи житнього борошна. Не повинні бути нічим помазані.

### **Ягоди**

Ягодами тоді називали вишні

### **Коржі**

Замісити прісного пшеничного тіста, тонко його розкатати і посадити до печі. Нам'яти маку в макітрі з сіллю, покрити корж в мак і подавати. Роблять також коржики, замішуючи їх на гусячому смальці, і їдять сухими.

Вбирали січену капусту,  
Шатковану, і огірки  
(Хоть се було в час м'ясопусту),  
Хрін з квасом, редьку, буряки;  
Рябка, тетерю, саламаха —  
Як не було — поїли з маху  
І всі строжили сухарі,  
Що не було, все поз'їдали,  
Горілку всю повипивали,  
Як на вечері косарі.

### **Рябок**

Страва з гречаного борошна і пшона.

### **Тетеря**

Страва з розведеного борошна або товчених сухарів

### **Саламаха**

Страва з рідкого гречаного тіста в піст на олії, а то й просто не засмажена. У складеному Миколою Гоголем словнику до “Енеїди” Котляревського читаємо: “Саламаха — борошно житнє або пшеничне, киплячою водою розведене з додаванням солі, і варене доти, поки не уваряться подібно до киселю”.

### **Хрін з квасом**

Натерти хрону, розтерти його з сіллю і пісним маслом, розвести буряковим квасом і їсти з хлібом. Цю страву подають у понеділок першого тижня Великого посту. Називається “Заправлятися хріном”.

### **Капуста січена (шаткована)**

Січену капусту готували з допомогою січок у дерев'яних ночовках. Шатковану капусту одержували з допомогою спеціального знаряддя — шатківниці.

Ковбас десятків з три Латину,  
Лавинії к Петру мандрик,  
Аматі в тиждень по алтину,  
Три хунти воску на ставник;  
Льняної пряжі три півмітки,  
Серпанків вісім на намітки  
І двісті валяних гнотів.  
Латин од няньки наживався,  
Зате ж за няньку і вступався,  
За няньку хоть на ніж готів.

### **Мандрики**

На Петрівку печуть млинці з сиру, і з борошном та яйцями, і цим розговляються. За народним повір'ям, зозулі крадуть їх, перестають кувати, бо вдавлюються мандриками.

## **Українська ковбаса**

На 8 кілограмів посіченої свинини дати 2 кілограми покрайної на дещо грубші шматки свинячої грудинки, 200 грамів солі, 20 грамів селітри, 5 грам івперцю і 2 головки розтертого часнику. Начинку набити в свинячі або овечі кишки, завудити в гарячому димі, варити 10-20 хвилин і висушити для довшого зберігання. Проварену ковбасу слід ще вудити впродовж кількох годин.

Тут військо кіннеє валилось  
І дуже руччеє було;  
Отаман звався Покотиллос,  
А асаул Караспуло.  
Се гречеськїї проскіноси,  
Із Біломор'я все пендоси,  
З Мореа, Дельта, Кефалос;  
Везли з собою лагомини,  
Оливу, мило, риж, маслини,  
І капама, кебаб калос.

Капама

Тістечка, котрі смачно готувати можуть лише греки

Кебаб

М'ясна печеня по грецькому з овочами.

Готова страва вся стояла,  
Спішили всі за стіл сідять;  
Хоть деяка позастивала,  
Що мусили підогрівать.  
Просілне з ушками, з грінками  
І юшка з хляками, з кишками,  
Телячий лизень тут лежав;  
Ягни і до софорку кури,  
Печені разної три гури,  
Багацько ласих тож потрав.

## **Грінка**

Скибка хліба, помазана чимось їстівним, або підсмажена на сковороді з жиром. У переносному значенні — взагалі шмат чогось поживного

## **Флячки (рубці)**

Беруться з барана рубці, очищуються, вимиваються чистою водою, ставлять їх варити, і коли будуть готові, кидають у холодну воду. Тим часом покласти до ринки масла, питльованого борошна і підсмажити, розвести воловим бульйоном, поставити кипіти. Вийняти рубці з холодної води, покрити на кшталт локшини, кип'ятити в соусі. Готують також і юшку, приготувавши спочатку рубці таким самим способом. Крім того баранячі кишечки набивають кашею і додають до рубців.

## **Лизень (язик)**

Добре вимитий свіжий язик кинути в ринку, залити окропом і варити разом з нарізаним корінням та цибулиною 2-3 години, не забувши посолити. Вийняти його обливи холодною водою і негайно знати шкіру. Потім варити ще 5-10 хвилин з підливою. Покраяти на тонкі шматки, і подавати із зеленню.

І ласощі все тільки їли,  
Сластьони, коржики, стовпці,  
Варенички пшеничні, білі,

Пухкі з кав'яром буханці;  
Часник, рогіз, паслін, кислці,  
Козельці, терн, глід, полуниці,  
Круті яйця з сирівцем;  
І дуже вкусною яєшню,  
Якусь німецьку, не тутешню,  
А запивали все пивцем.

### **Сластьони**

Ставлять пшеничного тіста, дають підійти, коли тісто готове — змочити руку водою, взяти нею тісто, щипати його шматочками, і кидати на пательню в масло пісне або скоромне, де й смажити, доки не зарум'яниться.

### **Стовпці**

Зробити рідке гречане кисле тісто, дати йому підійти. Повимазувати кухлики пісним маслом, поналивати їх тістом і поставити до печі, щоб пеклося. Їсти з пісним маслом. Кухлики — це стаканчики з полудою, у яких денце вужче, ніж вінця.

### **Вареники**

Бувають із сиром, з урдою, тобто маком, з якого витиснуто молоко, з ягодами: вишнею, полуницями, врешті з м'ясом і тоді називаються “гілуни”. Взяти гречаного чи пшеничного борошна, замісити густо на воді, розкатати на столі качалкою, порізати на чотирикутники, ліпити з вищевказаним фаршем. Вони зробляться трикутниками. Варити в окропі і коли готові — подавати. Ті, що з сиром — зі сметаною, що з урдою — з пісним маслом, ті, що з ягодами — при меді, ті, що м'ясом з коров'ячим маслом.

### **Кав'яр**

Кав'яр — це теперішньою мовою — ікра. У тодішній українській мові цього слова не було. З ікрою осетрових риб українці були знайомі з давніх часів. Читаємо у Тараса Шевченка: “Вина з Цареграду відер троє у барилі і кав'яру з Дону”

Тут зараз підняли банькети  
Замурмотали, як коти,  
І в кахлях понесли пашкети,  
І киселю їм до сити;  
Гарячую, м'яку бухинку,  
Зразову до рижків печінку,  
Гречаний з часником панпух.  
Еней з дороги налигався  
І пінної так нахлестався,  
Трохи не виперсь з його дух.

### **Паштет у кахлях**

Не маючи спеціальних паштетних форм, заможні селяни готували цю страву у кахлях. Замішують пшеничне тісто з маслом і молоком. Обкладають цим тістом кахель, помастивши його перед тим маслом, кладуть гусячі нирки, печінку, шматочки м'яса, заливають товченою печінкою, закривають його краями того ж тіста та ставлять до печі пектися, а ж поки не буде готове.

### **Кисіль**

Взяти вівсяного борошна, покласти до горщика, розвести теплою водою. Покласти кислого тіста, поставити на піч, аби підійшло, процідити на ситі. Покласти до горщика, варити, остудити і подавати з маковим або іншим молоком, або медовою ситою. Кисіль може бути бузиновий, грушевий, яблучний, сливовий, вишневий, полуничний та ожиновий і калиновий.

### **Зрази**

Страва з яловичини: скручений биток м'яса, у цьому разі з печінки із начинкою, а може бути й з рижиками.

Послів ввели к царю з пихою ,  
Як водилося у латин;  
Несли подарки пред собою:  
Пиріг завдовжки із аршин,  
І соли кримки і бахмутки,  
Лахміття розного три жмутки,  
Еней Латину що прислав.  
Посли к Латину приступились,  
Три рази низько поклонились,  
А старший рацію сказав

### **Сіль**

Сіль з Криму, де вона випаровується на поверхні Сиваша природним чином, вважалася найвишуканішою. Сіль з Бахмута (нині Артемівськ) добувається у соляних копальнях і містить у собі сторонні домішки.

Зараз попросив до столу  
Латин Енеєвих бояр,  
Пили горілку до ізволу  
І їли бублики, кав'яр;  
Був борщ до шпундрів з буряками,  
А в ющі потрух з галушками,  
Потім до соку каплуни;  
З отрібки баба, шарпанина,  
Печена з часником свинина,  
Крохналь, який їдять пани.

### **Шпундра з буряками**

Взяти свинячої грудини, підсмажити з цибулею на сковороді, покласти борошна, налити буряковим квасом. Нарізати буряків та покласти до горщика разом із грудинкою і варити.

### **Потрухи в ющі**

Гусячі лапки, крильця, печінки, нирки, шлуночки покласти до баняка і варити. Коли закипить двічі, очистити, покласти цибулі і ячної крупи, після чого подавати.

### **Каплуни**

Відгодовані на заріз вихолощені півні.

### **Шарпанина**

Відварити тараню, вийняти з бульйону, вибрати кістки, нарізати шматочками, покласти ці шматочки на сковороду, розвести рідко пшеничне тісто у тому ж бульйоні, покласти у тісто підсмаженої на олії цибулі, полити цим шматочки риби, посипати перцем, потім поставити у піч.

### **Крохналь**

Кисіль, але на основі чистого крохмалю.  
А щоб з Енеєм лад зробити,  
Пошлю послів десятків п'ять;  
І мушу дари одрядити,  
Диковинки коли б достать:  
Павидла, сала, осятрини,  
Шалевий пояс і люстрини,

Щоб к празнику пошив каптан,  
Сап'янці із Торжка новенькі,  
Мальованії потибеньки.  
А нуте! як здається вам?”

#### **Повидло**

Буває яблучне, грушеве, вишневе, і загалом з ягід. Поставити на 1 фунт ягід 2 фунта меду, а якщо ягоди кислі, як наприклад ожина, то й 2,5 фунта. Переварити, доки не загустіє. Чим більше варити, тим краще, аби тільки не перетворилося на карамель. А як мало варене, то заграє і скисне.

Потім з Дидоною обнявшись,  
Поцілювались гарно всмак;  
За рученьки біленькі взявшись,  
Балакали то с'як, то так.  
Пішли к Дидоні до господи  
Через великі переходи,  
Ввійшли в світлицю та й на піл;  
Пили на radoщах сивуху  
І їли сім'яну макуху,  
Покіль кликнули їх за стіл.  
Така дівча — кусочок ласий,  
Заслинишся, як глянеш раз;  
Що ваші гречеські ковбаси!  
Що ваш первак грушевий квас!  
Завійниця од неї вхопить,  
На голову насяде хлопіт;  
А може, тьохне і не там.  
Поставить рогом ясні очі,  
Що не доспиш петрівської ночі;  
Те по собі я знаю сам.

#### **Сім'яна макуха**

Те саме що й, макуха із соняшникового насіння, але у цьому випадку із насіння коноплі.

#### **Гречеські ковбаси**

Копчені ковбаси, але, у перерізі не округлі, а пласкі. Існує версія, що рецепт копчення ковбаси українці запозичили від греків, колоній котрих у часи Котляревського було в Україні немало.

Іван Котляревський — учасник таємного товариства, а саме полтавської масонської ложі “Любов к істині”, вмів кодувати свої думку. Знав, що робити. Свої зрозуміють, а чужих нам не треба. Його й зрозуміли такі люди, як Тарас Шевченко, Микола Гоголь, Микола Маркевич, та й багато хто, імен яких ми не знаємо. Минуло 220 років відтоді, коли Котляревський розпочав свою працю над “Енеїдою”. А вона й досі кличе нас на свій величний бенкет. Нас — своїх. А чужих нам не треба.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Котляревський І. Енеїда Київ; “Радянська школа”, 1989, - 285с.
2. Маркевич М. Обычай, поверья, кухня и напитки малороссиян. Киев, 1860 — 173 с.
3. Мельничук Я. Карабін Б. Козацькі страви. Львів. 1980. - 102 с.

## КІНЕЗОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ТРЕНАЖЕР ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЙ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АПАРАТУ

*В статті описана конструкція для тренування вестибулярного апарату з всебічним впливом на його анатомо-фізіологічні структури.*

*Ключові слова: тренажер, вестибулярний апарат, рухова діяльність.*

*В статье описана конструкция для тренировки вестибулярного аппарата с всесторонним воздействием на его анатомо-физиологические структуры.*

*Ключевые слова: тренажер, вестибулярный аппарат, двигательная деятельность*

*In the article is described konstruktsyya for stage tweedehands vestibular apparatus with a comprehensive Impact on ego fyzyolohycheskye anatomical structure.*

*Key words: simulator, vestibulyarnyy apparatus, dyvhatelnaya Deyatelnost*

Умовою досягнення необхідного лікувального та оздоровчого ефекту є адекватний всебічний вплив на анатомо-фізіологічні структури вестибулярного апарату. Розроблена конструкція, яка захищена свідоцтвом №45066 про реєстрацію авторського права на науково-технічний твір “Кінезотерапевтичний тренажерний комплекс для відновлення рухових функцій та тренування вестибулярного апарату хворих на дитячий церебральний параліч” від 06.08.2012 р. дозволяє досягти необхідного ефекту за рахунок впливу на вестибулярний апарат коливальними та коловими рухами в різних положеннях тіла.

На рисунках показано загальний вид конструкції:

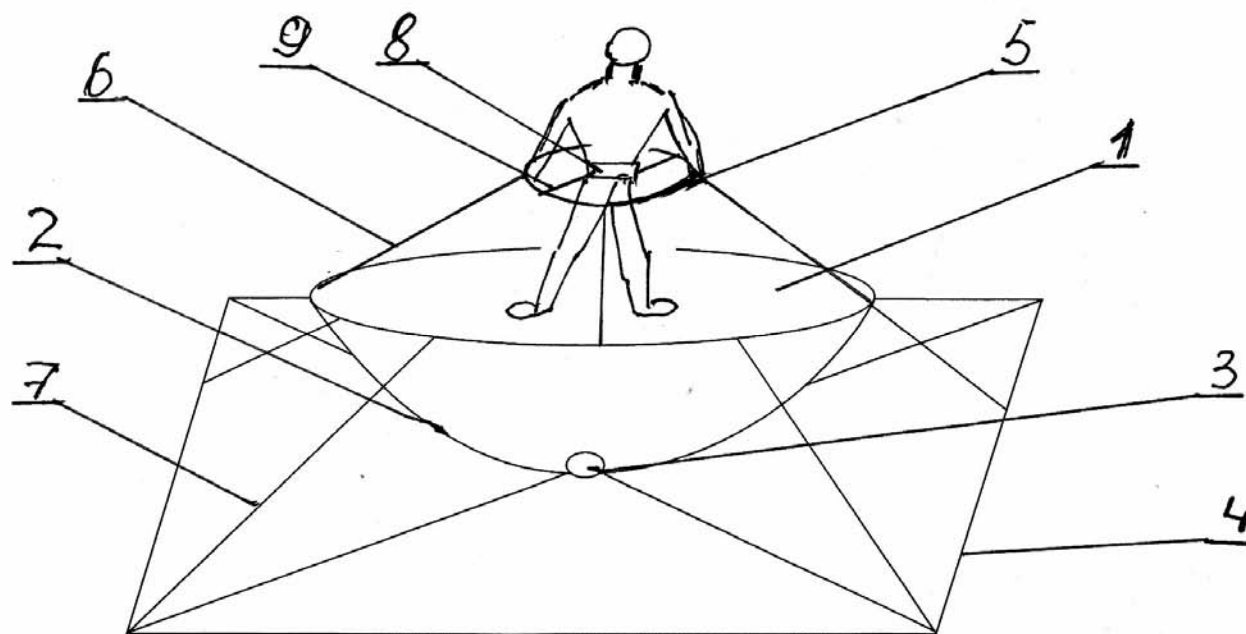
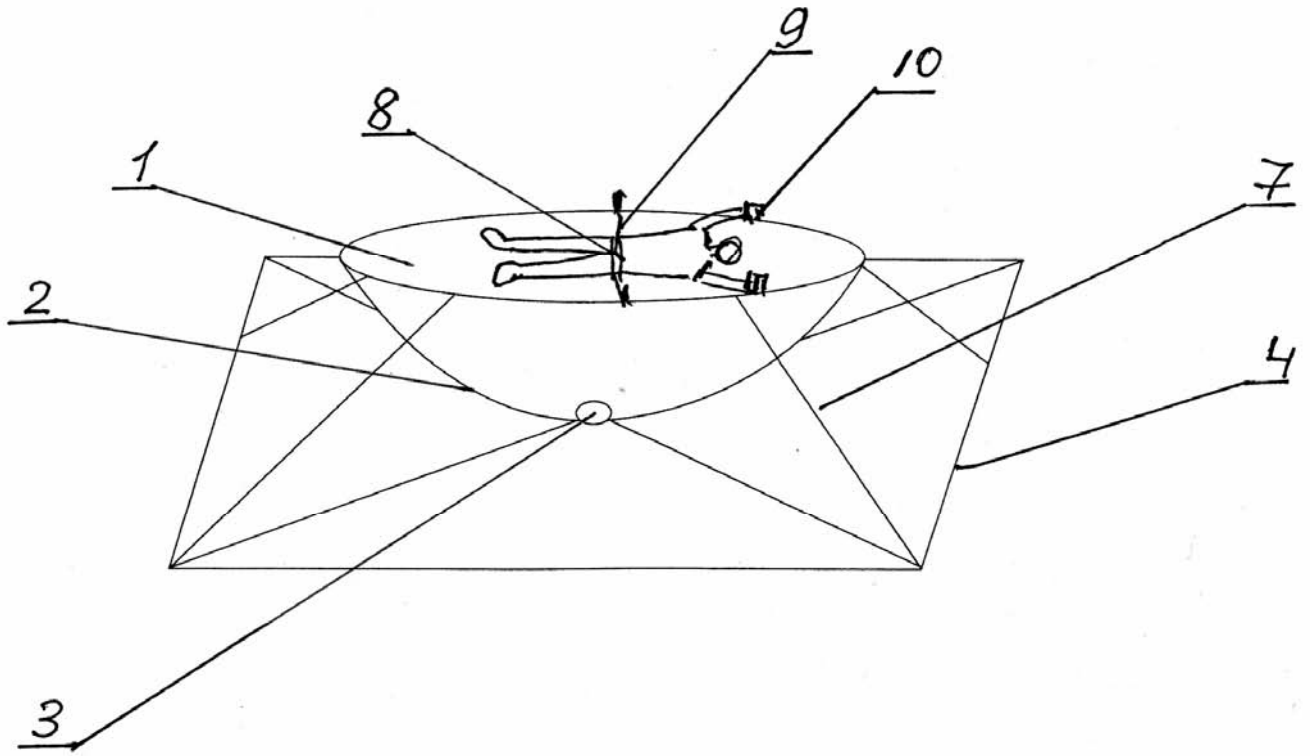
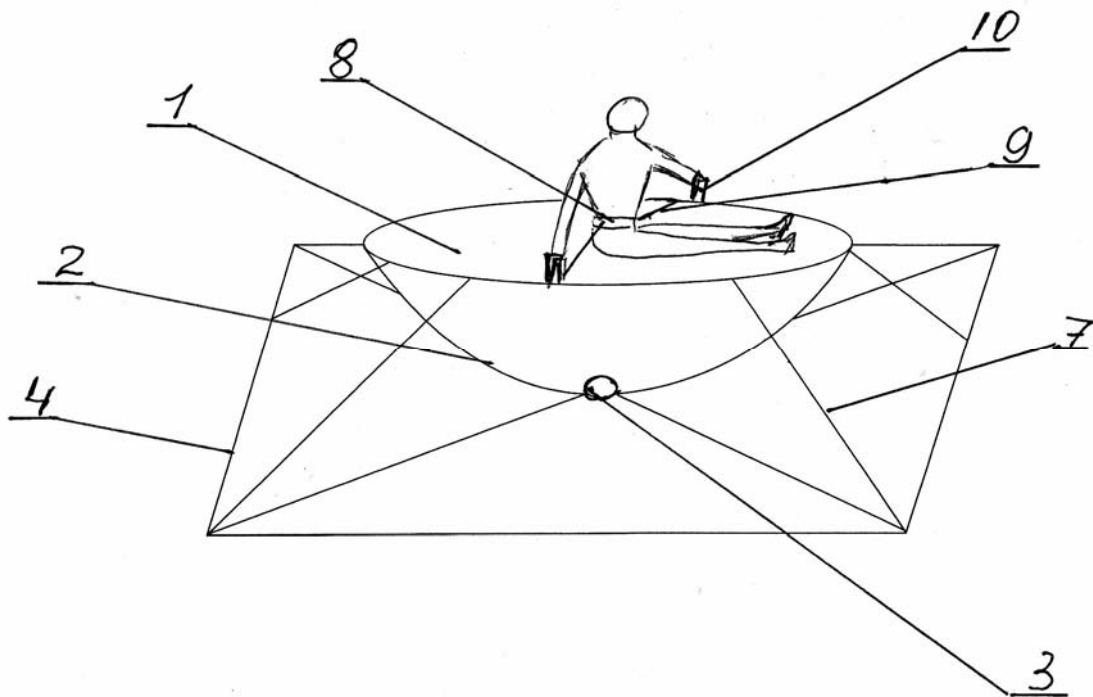


Рис. 1 – положення стоячи.



**Рис. 2** – положення лежачи.



**Рис. 3** – положення сидячи.

Конструкція містить: основу – 1, розміщену на сферичній рамі – 2 з шаровою опорою – 3, закріплену на платформі – 4, опору для рук – 5, закріплену на стійках – 6 на сферичній рамі – 2, амортизатори – 7, пояс – 8, страхувальний трос – 9, ручки – 10.

Використовують конструкцію наступним чином: користувач, стоячи на основі - 1, з поясом – 8, зв'язаним страхувальним тросом – 9 з опорою – 5, утримуючись руками за опору



для рук - 5, виконує коливальні рухи вперед-назад, вліво-вправо або по колу, переносячи вагу тіла і нахилиючи тулуб у відповідні сторони. Під дією ваги тіла основа - 1, закріплена на сферичній рамі – 2, що розміщена на шаровій опорі – 3, на платформі - 4, нахилиється у бік завантаження. Амортизатори – 7 з протилежної сторони розтягуються, амортизуючи рух. При перенесенні ваги тіла на інший бік основа – 1 починає нахилитися у протилежний бік. При виконанні колових рухів тулубом основа – 1 нахилиється по колу відповідно положенню тулуба. У положенні лежачи або сидячи на основі – 1 користувач кріпиться поясом – 8 і страхувальним тросом – 9, утримуючись за ручки – 10, виконує коливальні рухи вперед-назад, вліво-вправо або по колу.

Конструкція дозволяє здійснювати тренування вестибулярного апарату з адекватним всебічним впливом на його анатомо-фізіологічні структури шляхом виконання коливальних рухів у фронтальній, сагітальній площинах та по колу. У різних положеннях тіла: стоячи, лежачи, сидячи.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Панарін Б.Г., Васильчук А.Л. Кінезотерапевтичний тренажерний комплекс для відновлення рухових функцій та тренування вестибулярного апарату хворих на дитячий церебральний параліч. Свідоцтво №45066 про реєстрацію авторського права на науково-технічний твір від 06.08.2012 р.

О. І. РЯБУХА

### СИНТЕТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ТИРОЦИТІВ ПРИ СПОЖИВАННІ ЙОДУ РІЗНОЇ ХІМІЧНОЇ ПРИРОДИ В УМОВАХ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ГІПЕРТИРЕОЗУ

*В експериментальних умовах функціонального гіпертиреозу досліджували вплив різних доз органічного і неорганічного йоду на особливості змін протеїнсинтезуючих ультраструктур фолікулярних тироцитів.*

*Ключові слова: щитоподібна залоза, функціональний гіпертиреоз, синтетична діяльність, методи математичного аналізу*

*В экспериментальных условиях функционального гипертиреоза исследовали влияние разных доз органического и неорганического йода на особенности изменений протеинсинтезирующих ультраструктур фолликулярных тироцитов.*

*Ключевые слова: щитовидная железа, функциональный гипертиреоз, синтетическая деятельность, методы математического анализа*

*The changes of parametres of thyrocyts's ultrastructures under the influence of different doses of organic and notorganic iodine in experimental conditions of functional hyperthyreosis have been investigated*

*Key words: thyroid gland, functional hyperthyreosis, synthetic activity, methods of mathematical analysis*

**Актуальність.** Електронномікроскопічне дослідження дозволяє вивчити ультраструктурну організацію клітини та особливості функціональної перебудови її цитоплазматичних структур. Особливого значення воно набуває при узагальненні відомостей

про функціонування залоз внутрішньої секреції та з'ясуванні особливостей їх діяльності в умовах різноманітних екзо- та ендогенних впливів [3].

Важливою умовою повноцінної життєдіяльності є нормальне функціонування щитоподібної залози: як дефіцит, так і надлишок тиреоїдних гормонів призводить до суттєвих розладів метаболізму, диференціації та росту [13]. Дослідження щитоподібної залози відбувається з використанням біохімічних, імунологічних, цитологічних методик, методів генетичного аналізу, сучасних математичних технологій тощо [1, 9, 10, 12]. Водночас в доступній нам літературі не знайдено відомостей щодо застосування визначення евклідової віддалі в структурах щитоподібної залози з метою встановлення ефективності впливу хімічних речовин.

**Огляд літератури.** Щитоподібна залоза об'єднує діяльність центральної нервової, ендокринної та імунної систем, впливає на процеси утворення енергії та протеїнового синтезу, ріст, розвиток і регенерацію тканин та організму в цілому [4, 13]. Зростання патології щитоподібної залози, у першу чергу онкологічної, вчені значною мірою пов'язують з радіоактивним забрудненням. Встановлено, що суттєвою передумовою розвитку рака щитоподібної залози, підґрунтям для його виникнення є різноманітні порушення її функції, які можуть полягати як у гіпо-, так і гіперактивності [2, 10]. Функціональний стан щитоподібної залози зазвичай оцінюють за рівнем продукції тиреоїдних гормонів. Оскільки гормони є білковими комплексами, оцінювання функціонального стану щитоподібної залози доцільно здійснювати не тільки шляхом визначення вмісту тиреоїдних гормонів у сироватці крові, але й поглибленим дослідженням стану протеїнсинтезуючих ультраструктур тироцитів [11, 12]. Перспективним вбачається дослідження з використанням математичної інтерпретації даних, отриманих під час аналізу профілю синтетичних можливостей фолікулярних тироцитів.

**Метою** дослідження було вивчення особливостей дії йоду органічної і неорганічної хімічної природи на стан ультраструктурних елементів профілю синтетичних можливостей фолікулярних тироцитів в умовах функціонального гіпертиреозу.

**Організація дослідження.** Нелінійні білі щурі-самці з початковою масою тіла 0,12 – 0,14 кг впродовж 30 днів перебували на напівсинтетичному ізокалорійному крохмально-казеїновому йоддефіцитному харчовому раціоні. Модельні умови функціонального гіпертиреозу створювали додаванням до складу харчової суміші тиреоїдину у гістологічно обґрунтованій дозі 15 мг/0,1 кг маси тіла. Органічний йод надходив з йодбілковим препаратом, отриманим із чорноморської промислової червоної водорості філофори ребристої (*Phyllophora nervosa*), джерелом неорганічного йоду був калію йодид. Щурі групи 0 перебували на повноцінному загальновіваріальному кормі; їхні показники вважали за норму. До складу раціону тварин групи 1 йод не надходив – вони були контролем щодо ультраморфологічних змін, які відбувалися під час корекції функціонального гіпертиреозу досліджуваними йодмісткими речовинами. Тварини груп 2, 3, 4 споживали відповідно 21, 50 та 100 мкг органічного йоду, тварини груп 5, 6, 7 – такі самі кількості неорганічного йоду (دوزи вказані з розрахунку на 1 кг маси тіла).

Всього в роботі використано 80 тварин, з яких було сформовано 8 груп по 10 щурів у кожній. Після закінчення експерименту тварини були декапітовані під ефірним наркозом, їхні щитоподібні залози були вилучені і оброблені за загальноприйнятими в електронній мікроскопії методиками [14, 15, 16].

**Методи дослідження.** 1. Напівкількісний аналіз електронограм [7]. 2. Метод визначення профілів спеціальних можливостей гормонпоетичних клітин [8]. 3. Абсолютне порівняння показників евклідової відстані у багатовимірному просторі [5, 6].

Для встановлення напрямку і ефективності впливу йоду на стан ультраструктурних складових профілю синтетичних можливостей фолікулярних тироцитів застосовано визначення

абсолютних відхилень їх усереднених цифрових значень у тварин кожної експериментальної групи від аналогічних показників відповідних профілів інтактних тварин групи 0 та тварин групи контролю. Математичне дослідження проводилося з використанням функції  $f: R^{2n} \rightarrow R$  абсолютного відхилення для значень усереднених характеристик стану досліджуваних ознак у вигляді

$$f(\vec{x}_z, \vec{x}_e) = |\vec{x}_z - \vec{x}_e|, \quad (1),$$

де  $\vec{x}$  – вектор усереднених цифрових показників ознак ультраструктурних складових елементів профілю досліджуваної можливості, які було отримано під час його аналізу,  $\vec{x}_z$  – вектор усереднених цифрових значень стану ознак ультраструктурних елементів досліджуваного профілю у інтактних тварин або у тварин групи, що є контрольною,  $\vec{x}_e$  – вектор усереднених цифрових значень стану ознак ультраструктурних складових елементів досліджуваного профілю у тварин різних груп, які споживали різні кількості йоду різної хімічної природи в різних модельних умовах.

Областю визначення функції  $f$  були простори показників стану досліджуваних ознак ультраструктурних елементів у тварин різних груп, областю значень – звичайний числовий простір, числове значення якого відповідало усередненій якісній оцінці досліджуваного параметра. Складовими елементами профілю синтетичних можливостей фолікулярних тироцитів були ступінь електронної щільності цитоплазми, стан субструктур гранулярного цитоплазматичного ретикулуму та комплексу Гольджі, кількість зв'язаних і вільних рибосом та полісом, якість яких оцінювали в балах (табл. 1).

Таблиця 1

**Складові елементи профілю синтетичних можливостей фолікулярних тироцитів**

Ультраструктурний елемент	Досліджувана ознака ультраструктурного елементу	Якість ознаки досліджуваного ультраструктурного елементу	Умовна позначка якості досліджуваного ультраструктурного елементу
Цитоплазма	електронна щільність	незначна	B <sub>1</sub>
		помірна (нормальна)	B <sub>2</sub>
		значна	B <sub>3</sub>
Гранулярний цитоплазматичний ретикулум	будова	нормальний	J <sub>1</sub>
		розширений	J <sub>2</sub>
		звужений	J <sub>3</sub>
	кількість рибосом на мембранах	помірна (нормальна)	J <sub>4</sub>
		збільшена	J <sub>5</sub>
		зменшена	J <sub>6</sub>
Вільні рибосоми і полісоми	кількість	помірна (нормальна)	K <sub>1</sub>
		збільшена	K <sub>2</sub>
		зменшена	K <sub>3</sub>
Комплекс Гольджі	будова	нормальний	L <sub>1</sub>
		розширений	L <sub>2</sub>
		звужений	L <sub>3</sub>

Усереднені цифрові показники стану ознак ультраструктурних елементів фолікулярних тироцитів тварин, які в умовах експериментального гіпертиреозу споживали різні кількості йоду органічної і неорганічної хімічної природи, підлягали математичні обробці за формулою (1) з наступним співставленням. Розмірність простору ознак ультраструктурних елементів, які підлягали аналізу при дослідженні профілю синтетичних можливостей фолікулярних тироцитів в умовах функціонального гіпертиреозу, становила  $n = 10$ . Відповідний вектор містив такі компоненти:  $\vec{X} = (B_2, B_3, J_1, J_3, J_4, J_6, K_1, K_3, L_1, L_2, L_3)$ .

При співставленні отриманих даних з такими у інтактних тварин групи 0 вектор  $\vec{X}_z$  відповідав значенням досліджуваних ознак у тварин групи 0, а вектор  $\vec{X}_e$  набував значень тих самих ознак у тварин групи 1 та тварин, які споживали 21, 50, 100 мкг йоду органічної (групи 2, 3, 4) або неорганічної (групи 5, 6, 7) хімічної природи. При порівнянні отриманих даних з результатами тварин контрольної групи 1 вектор  $\vec{X}_z$  набував значень досліджуваних ознак у тварин в контролі, а вектор  $\vec{X}_e$  – їх значень у тварин групи 0 та тварин, які отримували різні дози органічного або неорганічного йоду.

Для співставлення результатів математичної обробки усереднених досліджуваних даних у тварин, які отримували різні кількості йоду органічної хімічної природи вектор  $\vec{X}_z$  набував досліджуваних ознак у тварин груп 2 та 3, а вектор  $\vec{X}_e$  – значень тих самих ознак у тварин груп 3 та 4. При аналізі результатів тварин, які отримували різні кількості йоду неорганічної хімічної природи, вектор  $\vec{X}_z$  набував значень досліджуваних ознак у тварин груп 5 та 6, а вектор  $\vec{X}_e$  – значень тих самих ознак у тварин груп 6 та 7.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Аналіз отриманих даних показав, що параметри досліджуваних ознак стану ультраструктурних елементів фолікулярних тироцитів тварин контрольної групи 1 суттєво відрізнялися від таких у інтактних тварин групи 0 – величини їх абсолютного порівняння становили 3,00 бали. У тварин обговорюваної групи спостерігалось звуження субструктур гранулярного цитоплазматичного ретикулуму і комплексу Гольджі, зменшення кількості вільних і зв'язаних рибосом, збільшення електронної щільності цитоплазми тироцитів. Встановлене логічно вважати свідченням того, що в умовах функціонального гіпертиреозу суттєво порушується синтетична спроможність фолікулярних тироцитів, а також вказівкою щодо основних напрямків порушень.

При споживанні тваринами 2-ї групи 21 мкг органічного йоду найбільших змін зазнали показники, які характеризували ступінь електронної щільності цитоплазми. Так, величини абсолютних порівнянь параметрів  $B_2$  та  $B_3$  з даними інтактних тварин становили 0,00 балів, величина абсолютного порівняння показника  $B_3$  між тваринами груп 2 та 1 становила 3,00 бали, що було ідентичне його значенню у інтактних тварин. Дещо менш наближеними до норми були параметри тих складових профілю, які відображають стан субструктур гранулярного цитоплазматичного ретикулуму та комплексу Гольджі, кількість зв'язаних і вільних рибосом та полісом: значення абсолютних порівнянь їх показників з аналогічними параметрами інтактних тварин становило 1,00 бал. Величини абсолютного порівняння цих показників у тварин групи 2 з даними контролю становили 2,00 бали, що було на рівні 66% їх значень у інтактних тварин. Такі зміни можуть вказувати на те, що в умовах функціонального гіпертиреозу обговорювана доза органічного йоду сприяє суттєвому віддаленню досліджуваних показників від таких у тварин групи контролю та наближає їх до параметрів інтактних тварин. Встановлене логічно

розглядати як прояв нормалізуючого впливу 21 мкг органічного йоду на синтетичну спроможність фолікулярних тироцитів.

Споживання більшої (50 та 100 мкг) кількості органічного йоду (тварини груп 3 та 4) супроводжувалося прогресуючим відхиленням параметрів абсолютного порівняння ознак стану елементів досліджуваного профілю від таких у тварин групи 0 з наближенням їх до значень контролю. Найстійкішими щодо наближення їх до показників контролю були параметри, які відображають помірний ступінь електронної щільності цитоплазми та нормальні розміри субструктур комплексу Гольджі: значення абсолютного порівняння показника  $V_2$  змінювалися відповідно від 2,00 балів у тварин групи 3 до 1,00 балу у тварин групи 4, значення показника  $L_1$  в обох випадках становило 1,00 бал. Встановлену тенденцію підтверджує і співставлення результатів тварин обговорюваних груп з показниками інтактних тварин. Так, у тварин групи 3 найбільш наближеними до показників тварин групи 0 були параметри  $V_2$  та  $V_3$ , величини абсолютного порівняння яких становили 1,00 бал. У тварин групи 4 такими були показники, що характеризують нормальний або звужений стан елементів комплексу Гольджі, і нормальну або зменшену кількість рибосом на мембранах гранулярного цитоплазматичного ретикулуму, нормальний або підвищений ступінь електронної щільності цитоплазми (величини абсолютного порівняння яких в усіх випадках становили 2,00 бали).

При співставленні показників стану ультраструктурних елементів фолікулярних тироцитів тварин, які споживали різні кількості органічного йоду, встановлено пропорційне щодо кількості спожитого йоду зростання параметрів міжгрупових абсолютних відхилень. Найменших змін зазнавали показники стану ультраструктур комплексу Гольджі та кількості зв'язаних рибосом, величини абсолютного порівняння яких збільшилися на 1,00 бал при зростанні дози спожитого йоду до 50 мкг, і утримувалися на цьому рівні при її подальшому підвищенні до 100 мкг. Найбільших змін зазнали електронна щільності цитоплазми, будова субструктур гранулярного цитоплазматичного ретикулуму, кількість вільних рибосом та полісом. Так, при збільшенні кількості спожитого органічного йоду від 21 до 50 та до 100 мкг послідовно зростали на 1,00 бал величини абсолютних порівнянь показників, які відображають підвищену електронну щільність цитоплазми, звужені ультраструктури гранулярного цитоплазматичного ретикулуму, зменшену кількість вільних рибосом та полісом. Беручи до уваги встановлене звуження субструктур гранулярного цитоплазматичного ретикулуму, який є важливим для початку інтратироцитарного гормонопоезу, та зменшення кількості вільних рибосом та полісом, які є необхідними для реалізації процесів інтратироцитарного білкового синтезу, логічно припустити, що в умовах функціонального гіпертиреозу збільшення дози спожитого органічного йоду призводить до порушення синтетичної спроможності фолікулярних тироцитів.

При споживанні досліджуваних кількостей неорганічного йоду тваринами груп 5, 6 та 7 спостерігалось послідовне наближення досліджуваних параметрів до їх значень у контролі. Так, у тироцитах тварин, які споживали 21 мкг неорганічного йоду, встановлено підвищений ступінь електронної щільності цитоплазми, звуження ультраструктур гранулярного цитоплазматичного ретикулуму та комплексу Гольджі, зменшену кількість зв'язаних рибосом: показники абсолютного порівняння зазначених параметрів з такими у інтактних тварин становили 2,00 бали, з тваринами контрольної 1-ї групи – 1,00 бал.

Збільшення дози неорганічного йоду до 50 та 100 мкг супроводжувалося прогресуючим віддаленням досліджуваних показників від їх значень у інтактних тварин при одночасному їх щільному наближенні до значень контролю. Окрім того, у тварин 7-ї групи спостерігалось погіршення щодо показників контролю стану деяких елементів досліджуваного профілю. Так, при споживанні 50 мкг йоду (тварини групи 6) величини абсолютного порівняння з нормою таких параметрів синтетичної спроможності тироцитів як  $V_3$ ,  $J_3$ ,  $J_6$  та  $L_3$  становили 3,00 бали,

водночас при їх співставленні з аналогічними параметрами в контролі величина абсолютного порівняння була 0,00 балів. Ще одним наслідком впливу обговорюваної дози неорганічного йоду було зменшення кількості вільних рибосом та полісом у цитоплазмі: величина абсолютного порівняння з нормою показника  $K_3$  становила 4,00 бали, з показником контролю – 3,00 бали. Подібна картина спостерігалася й при споживанні тваринами 7-ї групи 100 мкг неорганічного йоду, проте вплив обговорюваної кількості йоду був більш вираженим. Ступінь електронної щільності цитоплазми фолікулярних тироцитів тварин обговорюваної групи 7 був значним, ультраструктурні елементи гранулярного цитоплазматичного ретикулуму та комплексу Гольджі були звуженими, кількість зв'язаних і вільних рибосом та полісом була зменшеною: значення абсолютних порівнянь показників  $B_3$ ,  $J_3$  та  $L_3$  з такими у інтактних тварин – 3,00 бали, показників  $J_4$ ,  $J_6$ ,  $K_1$  та  $K_3$  – 4,00 бали; величини абсолютного порівняння з параметрами контролю у тварин обговорюваної групи перебували у межах 1,00 – 0,00 балів. Встановлене може вказувати на погіршення синтетичної спроможності фолікулярних тироцитів пропорційно щодо збільшення дози спожитого неорганічного йоду. Найбільш негативного впливу зазнала кількість зв'язаних і вільних рибосом та полісом, яка у тварин обговорюваної групи була меншою, ніж в контролі.

Співставлення параметрів ознак ультраструктурних елементів у тварин груп 5, 6 та 7 дозволило детальніше дослідити їх зміни залежно від кількості спожитого йоду. Так, збільшення дози неорганічного йоду з 21 до 50 мкг призводило до незначного зростання електронної щільності цитоплазми, звуження субструктур гранулярного цитоплазматичного ретикулуму і комплексу Гольджі, зменшення кількості зв'язаних і вільних рибосом та полісом у цитоплазмі – величини абсолютного міжгрупового порівняння параметрів  $B_3$ ,  $J_3$ ,  $L_3$ ,  $J_6$  та  $K_3$  у тварин груп 5 та 6 становили 1,00 бал. Відмінність стану протеїнсинтезуючих ультраструктур тироцитів тварин групи 7, які споживали більшу (100 мкг) кількість неорганічного йоду, від їх стану у тварин групи 6, полягала тільки у меншій кількості зв'язаних рибосом: величина абсолютного порівняння значення обговорюваного параметра  $J_6$  між тваринами вказаних груп була 1,00 бал, тоді як значення міжгрупових абсолютних порівнянь інших параметрів становило 0,00 балів. Встановлене може свідчити, що в умовах функціонального гіпертиреозу основною точкою прикладання дії неорганічного йоду є рибосоми, розташовані на мембранах гранулярного цитоплазматичного ретикулуму; збільшення спожитої кількості неорганічного йоду мало впливає на стан основних протеїнсинтезуючих елементів фолікулярних тироцитів.

**Висновки.** Дослідженнями щодо вивчення впливу різних доз органічного і неорганічного йоду на складові елементи профілю синтетичних можливостей фолікулярних тироцитів, проведеними в умовах функціонального гіпертиреозу, встановлено, що:

1) наявна певна дисоціація між змінами у станах субструктур таких основних протеїнсинтезуючих органел як гранулярний ендоплазматичний ретикулум та комплекс Гольджі: структури гранулярного цитоплазматичного ретикулуму змінюються більше, ніж структури комплексу Гольджі;

2) кількість вільних рибосом та полісом у цитоплазмі є більш лабільним показником ніж кількість рибосом, зв'язаних на мембранах гранулярного цитоплазматичного ретикулуму, які є більш стабільним показником, оскільки вона змінюється під впливом більших доз йоду;

3) стан структур гранулярного цитоплазматичного ретикулуму і кількість вільних рибосом та полісом можуть вказувати на наявність початкових змін у фолікулярних тироцитах;

4) стан структур комплексу Гольджі і кількість зв'язаних рибосом змінюються під дією більших доз йоду, тому їх можна розглядати як такі, що свідчать про наявність значних змін.

На нашу думку в досліджуваних умовах саме комплекс Гольджі і зв'язані рибосоми забезпечують стабільність перебігу протеїнового синтезу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Балаболкин М. И. Состояние и перспективы изучения физиологии и патологии щитовидной железы / М. И. Балаболкин // Терапевтический архив. – 1998. – № 10. – С. 5 – 11.
2. Втюрин Б. М. Диагностика и лечение рака щитовидной железы у лиц, проживающих на загрязненных в результате аварии на ЧАЭС территориях России / Б. М. Втюрин, А. Ф. Цыб, П. О. Румянцев [и др.] // Российский онкологический журнал. – 2001. – № 2. – С. 4 – 8.
3. Гордиенко В. М. Ультраструктура желез эндокринной системы / В. М. Гордиенко, В. Г. Козырицкий. – К. : Здоров'я, 1978. – 286 с.
4. Епишин А. В., Дейкало И. Н., Епишина Н. А. Иммунные нарушения и их роль в развитии заболеваний щитовидной железы / А. В. Епишин, И. Н. Дейкало, Н. А. Епишина // Клиническая медицина. – 1986. – № 3. – С. 27 – 32.
5. Колмогоров А. Н. Элементы теории функций и функционального анализа : учеб. для студ. мат. спец. ун-тов / А. Н. Колмогоров, С. В. Фомин. – 5-е изд. – М. : Наука, 1981. – 544 с.
6. Кудрявцев Л. Д. Математический анализ : учеб. для студ. физ.-мат. спец. вузов / Л. Д. Кудрявцев. – 2-е изд., перераб. – М. : Высшая школа, 1973. – Т. 2. – 470 с.
7. Метод напівкількісного аналізу електронограм за Рябухою О. І. : свідоцтво ДААСП України ПА № 2769 / Рябуха О. І. – 2000.
8. Метод Рябухи О. І. Визначення профілів спеціальних можливостей гормонпоетичних клітин : свідоцтво ДДІВ України № 7966 / Рябуха О. І. – 2003.
9. Основи діагностики, профілактики та лікування ендокринних захворювань / за ред. Я. І. Томашевського. – Л. : НТШ, 1999. – 215 с.
10. Рак щитовидной железы. Эпидемиологические, радиобиологические и иммуноэндокринологические аспекты с обоснованием иммунотерапии : монография / Ю. А. Гриневич, А. Е. Присяжнюк, В. С. Процьк [и др.] ; под ред. Ю. А. Гриневича, А. А. Чумака. – К. : Здоров'я, 2011. – 208 с.
11. Рябуха О. І. Об'єктивізація морфофункціонального стану тироцита шляхом визначення профілів його спеціальних можливостей / О. І. Рябуха // Таврический медико-биологический вестник. – 2006. – № 3, ч. 3, т. 9. – С. 156 – 158.
12. Рябуха О. І. Синтетична діяльність фолікулярних тироцитів при прийомі органічного йоду в умовах дефіциту йоду в раціоні / О. І. Рябуха // Здоровий спосіб життя : зб. наук. ст. – Л., 2013. – Вип. 20 (86). – С. 28 – 34.
13. Шрейбер В. Патофизиология желез внутренней секреции / В. Шрейбер. – Прага : Авиценум, 1987. – 493 с.
14. Glauert A. Fixation, dehydration and embedding of biological specimens. Practical methods in electron microscopy / ed. by Glauert A. M. – North ; Holland : American Elsevier, 1975. – 207 p.
15. Reynolds E. S. The use of lead citrate at high pH as an electronopaque stain in electron microscopy / E. S. Reynolds // The Journal of Cell Biology. – 1963. – N 17. – P. 208 – 212.
16. Stempac J. G. An improved staining method for electron microscopy / J. G. Stempac, R. T. Ward // The Journal of Cell Biology. – 1964. – N 22. – P. 697 – 701.

## ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*У статті привертається увага до питань фінансування системи охорони здоров'я. Аналізуються недоліки сучасної моделі охорони здоров'я України, окреслюються ознаки її застарілої. Акцентується увага на необхідності розробки і впровадження нової моделі фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. Наводяться принципи її функціонування та характеристики, яким вона повинна відповідати.*

*Ключові слова: фінансування, система охорони здоров'я, модель, проблема, принципи.*

*В статье привлекается внимание к вопросам финансирования системы здравоохранения. Анализируются недостатки современной модели здравоохранения Украины, очерчиваются признаки ее обветшалости. Акцентируется внимание на необходимости разработки и внедрения новой модели финансирования сферы здравоохранения в Украине. Приводятся принципы ее функционирования и характеристики, которым она должна соответствовать.*

*Ключевые слова: финансирование, система здравоохранения, модель, проблема, принципы.*

*In the article attracted attention to the questions of financing of the system of health protection. The lacks of modern model of health protection Ukraine are analysed, the signs of her ramshackleness are outlined. Attention is accented on the necessity of development and introduction of new model of financing of sphere of health protection for Ukraine. Principles over of her functioning and descriptions that she must answer are brought.*

*Keywords: financing, system of health protection, model, problem, principles.*

**Актуальність теми.** В офіційних урядових документах України охорона здоров'я тлумачиться як сукупність усіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є зміцнення, підтримка або відновлення здоров'я [3]. Реалізація такої мети вимагає забезпечення справедливості в розподілі фінансових ресурсів. На жаль, економічні засади функціонування системи охорони здоров'я в умовах сьогодення є недосконалими, а тому конституційні права громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування не можуть бути реалізованими в повній мірі. Разом з тим, як зазначається у «Концепції розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я», розвиток системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я є складовою частиною державної соціально-економічної політики, спрямованої на подальший розвиток системи охорони здоров'я. Цією Концепцією визначені пріоритети запровадження нового фінансового механізму в сфері охорони здоров'я відповідно до Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» та Національного плану дій на 2013 рік щодо її впровадження, затвердженого Указом Президента України від 12 березня 2013 р. № 128 [6]. Незважаючи на це, проблема фінансування системи охорони здоров'я України залишається гострою і невирішеною. Про це засвідчує хоча б той факт, що в Україні у 2012 році середня зарплата у сфері охорони здоров'я була на 27,3 % нижче, ніж середня заробітна плата у сфері економіки загалом [5]. Сказане засвідчує про те, що окреслена проблема вимагає обговорення в наукових публікаціях і засобах масової інформації. Вона актуалізує цю статтю.



**Вивченість теми.** Теоретико-методологічні основи фінансово-економічного аналізу системи охорони здоров'я розроблені такими вченими, як І.П.Артюхов, М.І.Баканов, М.А.Болух, А.П.Заросило, В.І.Іващенко, А.Д.Шеремет, Є.А.Юрьєва. Разом з тим, ряд проблем фінансування цієї системи залишаються невирішеними, що ще більше актуалізує цю статтю, яка присвячена фінансуванню системи охорони здоров'я.

**Виклад основного матеріалу.** Ряд вчених, спеціалістів та управлінців пов'язують недосконалість функціонування системи охорони здоров'я України з недосконалим фінансуванням та застарілою її моделлю, успадкованою від колишнього СРСР, яка в наш час у нових економічних умовах поглибила депривацію населення до медичної допомоги. Навіть поява в роки незалежності приватного сектору медичних послуг не змогла суттєво поліпшити ситуацію. У результаті вибіркового опитування членів домогосподарств щодо стану їхнього здоров'я, яке проводилося під час квартального інтерв'ю вибіркового обстеження умов життя домогосподарств у жовтні 2012 року, встановлено, що кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із родини протягом останніх 12 місяців при потребі не зміг отримати медичну допомогу, є доволі високою (табл.1).

Таблиця 1

**Розподіл домогосподарств у 2012 році за рівнем доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків та медичного приладдя\***

	Всі домогосподарства	у тому числі, які проживають			
		у міських поселеннях			у сільській місцевості
		у великих містах	у малих містах	всього	
Кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із родини протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя:					
тисяч	16542,0	7260,6	4273,8	11534,4	5007,6
відсотків до загальної кількості	97,4	98,6	97,1	98,0	96,0
Кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із родини протягом останніх 12 місяців при потребі не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя:					
тисяч	2761,1	1303,8	734,9	2038,7	722,4
відсотків до кількості домогосподарств, у яких хто-небудь із родини потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя	16,7	18,0	17,2	17,7	14,4

\* Джерело: Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2012 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2012 року): Статистичний збірник. –К.: Державна служба статистики України, 2013. – С.60.

Ускладнення доступу до медичної допомоги може активізувати поширення як інфекційних, так і неінфекційних хвороб. Це, в свою чергу, зробить бідне населення ще біднішим: люди не зможуть робити хоч які-небудь заощадження.

Безумовно, подолання депривації населення до медичної допомоги вимагає поліпшення фінансування сфери охорони здоров'я в Україні, яке в наш час є вкрай незадовільним. Його можна охарактеризувати як «недостатнє для самовідтворення». Адже, за даними Державної

служби статистики України, із поточних суспільних витрат на лікарні (лікарні загального профілю та спеціалізовані) 70,3% витрачається на оплату праці, 9,3% – на комунальні платежі, 19,3% – на прямі витрати на виробництво послуг та 1,1% на інші витрати [3]. Як бачимо, кошти на інновації та розвиток цієї системи відсутні. Якщо до сказаного додати, що середня місячна заробітна плата медичного персоналу складає лише 72,8% середньої заробітної плати по всій економіці України, тобто вона є низькою і не стимулює до ефективної і якісної праці, то стає очевидно необхідність реорганізації системи охорони здоров'я України з метою поліпшення фінансового забезпечення та підвищення ефективності її функціонування.

Зазначимо, що загальні витрати на охорону здоров'я у грошовому виразі є значно меншими від аналогічних витрат у розвинених країнах світу (табл.2).

Таблиця 2

**Національні рахунки охорони здоров'я України за 2003–2010 роки\***

	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Загальна чисельність населення (млн. осіб)	48,0	46,9	46,6	46,4	46,1	46,0	45,8
Обмінний курс US\$ 1 = UAH	5,33	5,12	5,05	5,05	5,27	7,79	7,94
Сукупний Номинальний валовий внутрішній продукт (ВВП)	267 344 млн.грн. (US\$ 50 158,3 млн.)	441 452 млн.грн. (US\$ 86 221,1 млн.)	544 153 млн.грн. (US\$ 107 753,1 млн.)	720 731 млн.грн. (US\$ 142 719,0 млн.)	948 056 млн.грн. (US\$ 179 992,4 млн.)	913 345 млн.грн. (US\$ 117 227,8 млн.)	1 082 569 млн.грн. (US\$ 136 419,3 млн.)
Загальні витрати на охорону здоров'я	18 621,6 млн.грн. (US\$ 3 493,7 млн.)	28 390,4 млн.грн. (US\$ 5 545,0 млн.)	34 888,2 млн.грн. (US\$ 6 908,6 млн.)	45 936,0 млн.грн. (US\$ 9 096,2 млн.)	63 072,7 млн.грн. (US\$ 11 974,6 млн.)	71 410,8 млн.грн. (US\$ 9 165,6 млн.)	84 744,8 млн.грн. (US\$ 10 679,1 млн.)
Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення	388,0 грн. (US\$ 72,7)	605,3 грн. (US\$ 118,2)	748,7 грн. (US\$ 148,3)	990,0 грн. (US\$ 196,0)	1 368,2 грн. (US\$ 259,8)	1 552,4 грн. (US\$ 199,3)	1 850,3 грн. (US\$ 199,3)
Загальні витрати на охорону здоров'я як % від номінального ВВП	6,96	6,43	6,41	6,37	6,65	7,82	7,83
Частка державних витрат на охорону здоров'я в загальних видатках Зведеного бюджету, %	14,3	11,9	12,1	12,5	11,7	12,7	15,5

\* Джерело: Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році: Статистичний бюлетень/ Державна служба статистики України. – К.: Державна служба статистики України, 2012. – 150 с.

При цьому відносні показники загальних витрат на охорону здоров'я в Україні, порівняно з іншими країнами, є доволі високими (табл.3).

## Загальні витрати на охорону здоров'я в окремих країнах\*

	ЗВОЗ у % до ВВП (2009)	Приватні витрати на охорону здоров'я у % до ЗВОЗ (2009)	Витрати Уряду на охорону здоров'я у % до ЗВОЗ (2009)
Німеччина	11,4	21,2	75,7
Данія	11,2	13,7	80,1
Грузія	10,1	71,3	28,7
Іспанія	9,7	24,8	72,1
Словаччина	8,5	28,2	67,3
<b>Україна (2010 НРОЗ)</b>	<b>7,8</b>	<b>43,7</b>	<b>56,3</b>
Чеська Республіка	7,6	16,6	80,2
Угорщина	7,4	27,6	69,9
Польща	7,1	25,4	68,2
Естонія	7,0	20,9	75,5
Киргизстан	6,8	49,1	50,9
Болгарія	6,4	39,3	55,4
Російська Федерація	5,4	35,6	64,4
Румунія	5,4	17,4	78,9
Вірменія	4,7	56,5	43,5
Казахстан	4,5	40,8	59,2

\* Джерело: База даних НРОЗ ВООЗ.

Згідно з аналітичними оцінками, що містяться в статистичному бюлетені «Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році», оптимальний рівень витрат на охорону здоров'я має становити 8–10% ВВП і дані по країнах-членах ЄС це підтверджують. Серед країн колишнього Східного Блоку лише Грузія відповідає цим вимогам. Україна посідає друге місце після Грузії, третє – Киргизстан, а решта зазначених країн витрачають на здоров'я менше 6% ВВП [3].

На жаль, наведені вище показники не відображають реальну ситуацію у сфері охорони здоров'я України, яка фактично є в цілому незадовільною.

Безперечно, населення країни невдоволене станом справ у сфері охорони здоров'я. Так, у вересні 2011 р. Інститут Горшеніна провів телефонне опитування за темою «Медицина в Україні», яке показало, що переважна більшість опитаних громадян (93,3 %) вважають за потрібне здійснити реформу системи охорони здоров'я в Україні. При цьому більшість українців (80,0 %) незадоволені якістю медичного обслуговування.

Разом з тим, розробка і впровадження нової моделі фінансування сфери охорони здоров'я в Україні є вкрай складним і затратним завданням. Зазначимо, що його розв'язання вимагає, насамперед, змін законодавства у цій сфері.

Оскільки Україна дотримується курсу Європейської інтеграції, то нова модель фінансування сфери охорони здоров'я має відповідати загальноприйнятим Європейським принципам, серед яких найважливішими є справедливість; солідарність; ефективність; продуктивність.

В офіційних документах стверджується, що така нова модель охорони здоров'я має бути заснована на фінансуванні з державного бюджету (за рахунок загального оподаткування) з договірними відносинами між замовниками та постачальниками послуг охорони здоров'я, а також на медичному страхуванні [3].

Зараз важливо розробити економіко-організаційний механізми впровадження нової моделі охорони здоров'я, який повинен базуватися на моніторингу всіх показників, які репрезентують особливості функціонування цієї сфери. Такі показники мають місце в статистичній публікації [3]. Доцільно, щоб аналогічні статистичні публікації були щорічними.

Щербиніна М.Б. й Скирда І.Ю. наголошують, що для ефективного розвитку системи охорони здоров'я необхідно, щоб та її частина, що пов'язана з організацією та управлінням установами охорони здоров'я, була адекватна сучасним, якісно новим економіко-правовим відношенням. Тільки в цьому випадку можлива повноцінна консолідація та якісна взаємодія держави, бізнесу та суспільства з питань охорони здоров'я громадян [7].

Не викликає сумніву те, що для здійснення глобальних перетворень у сфері охорони здоров'я потрібний значно більший обсяг фінансування галузі [1]. При цьому, як підкреслюють Глухова В.І. й Красільнікова В.Ю., необхідно ліквідувати залишковий принцип фінансування медичної галузі в Україні та запровадити загальнообов'язкове соціальне медичне страхування. На їх думку, завдяки цьому, можна буде досягнути підвищення якості медичних послуг, забезпечення контролю за якістю, достатністю та доцільністю медичних послуг. Але, як наголошують Глухова В.І. та Красільнікова В.Ю., створення системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування має здійснюватись з урахуванням можливостей вітчизняної економіки та існуючої системи організації охорони здоров'я [2].

На нашу думку, в найближчій перспективі слід активізувати підприємницьку діяльність в сфері охорони здоров'я, що дозволить залучити нові кошти для її реформування. Важливо підтримувати дослідницьку діяльність в сфері охорони здоров'я, для чого її необхідно рекламувати та розкривати очікувані вигоди для суспільства і для кожної людини в результаті здійснення такої діяльності.

**Висновки.** Проблеми фінансування системи охорони здоров'я України є гострими і нагальними. Від їх вирішення залежить не тільки ефективність її функціонування, але й здоров'я кожної людини та нації загалом. Саме тому вони повинні бути постійно в полі зору вчених. Такі дослідження мають підтримуватися з боку держави та належним чином фінансуватися.

## ЛІТЕРАТУРА

2. Афанасьєв Є. Зачароване коло невирішених питань системи охорони здоров'я / Підсумки Колегії Міністерства охорони здоров'я України // Здоров'я України. – 2005. – Серпень. - № 125 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health-ua.com/articles/1115.html>
3. Глухова В.І., Красільнікова В.Ю. Проблема фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України // Вісник КДПУ імені Михайла Остроградського. Випуск 2/2009 (55). Частина 1. – С.108-112.
4. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році: Статистичний бюлетень/ Державна служба статистики України. – К.: Державна служба статистики України, 2012. – 150 с.
5. Правові аспекти фінансування охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://legalweekly.com.ua/index.php?id=16061&show=news&newsid=120434>
6. Рахункова палата: Зарплата медиків та освітян в Україні є найменшою / Ракурс. Новини: понеділок, 21 жовтня 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [Racurs.ua](http://Racurs.ua)
7. Розпорядження Кабінету Міністрів від 18 вересня 2013 року №776-р «Про схвалення Концепції розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/776-2013-%D1%80>
8. Щербиніна М.Б., Скирда І.Ю. Реформа системи охорони здоров'я України: проблеми сьогодення [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/issue-26808/article-26830/>

# **ХРОНІКА**

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

## **ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:**

*40 річчям*

**Кристочук Соломію Ананіївну  
Кленіну Олену Валеріївну  
Рожко Людмилу Михайлівну**

*45 річчям*

**Гоцко Марту Євстахіївну**

*50 річчям*

**Ходора Ореста Євгеновича  
Павленко Ірину Андріївну  
Грицину Ірину Вікторівну  
Матушак Ольгу Миколаївну**

*55 річчям*

**Горішнього Володимира Ярославовича  
Дармограя Романа Євдокимовича  
Тіщова Михайла Костянтиновича  
Вергун Оксану Михайлівнку  
Мудрого Ярослава Васильовича**

*60 річчям*

**Костик Ольгу Петрівну  
Дзіся Євгена Івановича  
Сікору Ореста Васильовича**

*75 річчям*

**Герасуна Бориса Абрамовича**

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

*Редколегія*

**Хроніка грудня: ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ**

**1 грудня – 95 років** від дня народження **Стефанії Михайлівни Юсько**. Народилася в с.Ласківці Тернопільської області. У 1941 р. закінчила медичний факультет Львівського медичного інституту. З вересня 1941 р. працювала ординатором клініки дитячих хвороб Львівських медичних фахових курсів, якою завідував проф. Ф. Гроєр. З 1946 р. працювала асистентом клініки дитячих хвороб до 1956 р. У 1955 р. захистила кандидатську дисертацію на тему: “Профілактика і лікування кровотеч у новонароджених дітей”. У 1957 р. отримала вчене звання доцента. В 1956-1970 рр. працювала доцентом кафедри, якою керував проф. С. Ігнатів. У 1969 р. захистила докторську дисертацію на тему: “Характеристика клінічних і патофізіологічних зсувів при стафілококковій пневмонії у дітей раннього віку”. У 1970-1977 рр. – завідувач кафедри шпитальної педіатрії ЛМІ. У 1973 р. отримала вчене звання професора. Автор близько 80 наукових і навчально-методичних праць. Наукові інтереси пов’язані з проблемою патології дітей періоду новонародженості та раннього віку. У 1977 р. вийшла на пенсію. Допомогала в організації кафедри педіатрії у медичному коледжі в Дрогобичі. Померла 13 серпня 2007 р. на 89 році життя.

**1 грудня – 70 років** від дня народження **Миколи Миколайовича Великого**. Народився в с.Верхівцеве Дніпропетровської області. У 1965 р. закінчив біологічний факультет Львівського університету. У 1965-1968 рр. – аспірант Інституту біохімії. У 1969-1988 рр. – молодший, старший науковий співробітник, завідувач лабораторії Інституту біохімії. У 1968 р. захистив кандидатську дисертацію. У 1988-2000 рр. – завідувач кафедри біохімії Львівського університету. У 2000-2006 рр. – професор кафедри біоорганічної, біологічної та фармацевтичної хімії Національного медичного університету, з 2006 р. – провідний науковий співробітник відділу біохімії коферментів Інституту біохімії. Наукові інтереси вченого пов’язані з молекулярними механізмами регулювання внутрішньоклітинного метаболізму в організмі людини і тварин у нормі та при патологічних процесах. Автор близько 200 наукових праць.

**4 грудня – 120 років** від дня народження **Андрія Яковича Алімова**. Народився в с. Боромля Харківської губернії у звичайній українській родині. По закінченні школи вступив до Харківського медичного інституту, який закінчив у 1922 р. В 1934-1945 рр. був науковим працівником, далі – завідувачем наукової лабораторії в Ленінграді, робота в Інституті патофізіології і експериментальної терапії АМН СРСР. Під час війни і в повоєнні роки був керівником кафедри епідеміології Військово-морської медичної академії. З 1954 р. і до кінця життя він керував лабораторією Інституту нормальної та патологічної фізіології АМН СРСР. За своє життя А.Я. Алімов надрукував понад 70 наукових робіт з питань епідеміології, мікробіології, імунології та інфекційної патології. Під його керівництвом виконано понад 30 кандидатських і докторських дисертацій.

**4 грудня – 100 років** від дня народження **Прокопія Микитовича Гудзенка**. У 1939 р. закінчив Київський медичний інститут. Працював лікарем в Кам’янець-Подільській області (нині – Хмельницька область). Під час війни був у партизанському з’єднанні С.А. Олексієнка. Після війни працював понад 20 років у Чернівецькій області лікарем, а з 1946 по 1965 р. – у Чернівецькому медінституті, де був завідувачем кафедри і проректором з лікувальної та наукової роботи. З 1965 р. проф. П.М. Гудзенко був завідувачем кафедри дитячих хвороб №1 Київського медінституту, далі – був головним педіатром МОЗ УРСР, головним редактором журналу “Педіатрія, акушерство і гінекологія”, головою правління Наукового товариства педіатрів УРСР. Автор понад 150 наукових робіт, в тому числі монографії. За посібник “Дитячі

хвороби” був удостоєний Державної премії УРСР. Мав урядові нагороди. Помер у 1982 р. на 69 році життя.

**5 грудня – 115 років** від дня народження **Олександра Христофоровича Бабадагли**. Народився в Одесі. У 1924 р. закінчив медичний факультет Одеського медичного інституту. У 1924-1926 рр. працював лікарем, а у 1926-1930 рр. був науковим співробітником акушерсько-гінекологічної клініки Одеського медінституту. У 1931-1941 рр. працював асистентом акушерсько-гінекологічної клініки Київського інституту Охматдит, в 1941-1944 рр. – завідувач пологового відділення лікарні м. Кірсанов Тамбовської області, у 1944-1946 рр. – керівник відділу жіночої консультації МОЗ СРСР, одночасно – науковий співробітник Інституту акушерства та гінекології АМН СРСР.

У 1947 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “О применении этилового алкоголя для обезболивания родов”. В 1948-1953 рр. працював асистентом кафедри акушерства та гінекології лікувального факультету Львівського медичного інституту, в 1953-1955 рр. – доцент цієї кафедри, в 1955-1968 рр. – завідувач кафедри акушерства та гінекології педіатричного і санітарно-гігієнічного факультетів Львівського медінституту. В 1966 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Проблема определения сроков беременности”. У 1968-1974 рр. – професор кафедри акушерства та гінекології. Наукові дослідження пов’язані з проблемою діагностики вагітності та визначення її термінів, знеболання пологів, контрацепції та безплідного шлюбу, лікування гінекологічних захворювань. Автор 80 наукових праць. Помер 30 квітня 1975 р. на 77 році життя.

**6 грудня – 100 років** від дня народження **Миколи Крижановського**. Народився у Бучачі (Тернопільщина). У 1933 р. отримав середню освіту. Поступив у стоматологічну академію у Варшаві, яку закінчив у 1937 р. Був стоматологом у Бучачі до 1944 р. Виїхав з родиною до Австрії, працював з Зальцбурзі. У 1949 р. емігрував у США. Навчався 3 роки в спеціальному коледжі, відкрив приватну практику. У 1980 р. переїхав до Кергонксонду. Був членом УЛТ ПА.

**10 грудня – 115 років** від дня народження **Миколи Залеського**. Народився в с. Слобідка Тернопільського повіту. Закінчив львівську гімназію у 1917 р. Під час визвольних змагань брав активну участь у боротьбі за Україну. У вересні 1920 р. потрапив у польський полон, але втік до Чехословаччини. Вступив на медичний факультет Празького університету, який закінчив у 1926 р. Нострифікував диплом і став працювати у Луцьку. З 1927 р. член УЛТ. Під час Другої світової війни побудував міський шпиталь на 400 ліжок у Луцьку, був його директором. У 1943 р. заарештований німцями. Наприкінці війни виїхав до Австрії, працював у туберкульозному санаторії, був директором таборного шпиталю в Куфтштайні. У 1948 р. виїхав у Канаду, оселився в Едмонтоні, нострифікував диплом, працював лікарем у шпиталі для індіан та ескімосів. Вів курс для студентів медичного факультету Альбертського університету. Був засновником та головою відділу УЛТ ПА, членом НТШ. Помер у 1971 р. на 73 році життя.

**10 грудня – 90 років** від дня народження **Лідії Литвин**. Народилася в с. Поляниця (тепер Івано-Франківська область) в родині галицьких вчителів. У 1947 р. закінчила лікувальний факультет Львівського медичного інституту з відзнакою. Працювала старшим лаборантом кафедри факультетської терапії ЛМІ, а з 1952 р. – молодшим науковим співробітником Львівського НДІ туберкульозу. У 1959 р. захистила кандидатську дисертацію на тему: “Особенности клиники и лечения туберкулеза легенів у похилому віці”. У 1972 р. захистила докторську дисертацію на тему: “Стероїдні гормони в комплексній терапії хворих деструктивними формами туберкульозу легенів і туберкульозним менінгітом”. У 1975-2000 рр. завідувала клінічним відділом НДІ туберкульозу, пізніше – відділом диференціальної діагностики туберкульозу легень. Під її керівництвом розроблені та впроваджені в практику нові біохімічні, імунологічні та функціональні методи обстеження хворих. Брала участь у

підготовці фахівців фтизіопульмонологічного профілю. Працювала над впровадженням в клінічну практику нового українського протитуберкульозного препарату флуоренізиду.

Л. Литвин була автором близько 300 публікацій у фахових виданнях, в т.ч. 4 авторських свідоцтв, 12 методичних рекомендацій.

Нагороджена 2 медалями “За доблесну працю”, значком “Відмінник охорони здоров’я”. Померла 9 січня 2003 р. на 80 році життя.

**10 грудня – 55 років** від дня народження **Романа Євдокимовича Дармограя**. Народився у Тернополі. У 1981 р. закінчив фармацевтичний факультет Львівського медичного інституту. В 1981-1989 рр. – завідувач ботанічного саду Львівського медичного інституту. У 1989-1995 рр. – асистент кафедри фармакогнозії і ботаніки. У 1992 р. захистив кандидатську дисертацію. У 1995-1999 рр. – доцент кафедри фармакогнозії і ботаніки. У 1995 р. отримав наукове звання доцента. Від 1998 р. декан факультету заочного навчання; від 1999 р. – завідувач кафедри фармакогнозії та ботаніки. Наукові дослідження пов’язані з вивченням лікарських рослин Західного регіону України з метою можливого створення на їх основі нових лікарських засобів, біологічно активних речовин, проведенням морфолого-анатомічних та фармакогностичних досліджень лікарської рослинної сировини, розробкою нормативної документації на рослинну сировину та лікарські засоби. Автор (співавтор) близько 90 наукових та навчально-методичних праць, в т.ч. монографії, 3 посібників.

**11 грудня – 165 років** від дня народження **Миколи Федоровича Ментіна**. Народився у Воронезькій губернії. У 1870 р. в Московському університеті склав іспити на звання аптекарського помічника і працював помічником провізора. У 1875 р. закінчив Петербурзьку медико-хірургічну академію у званні “лекаря”. Служив молодшим лікарем в Галицькому піхотному полку. За допомогу пораненим під час Російсько-турецької війни (1877-1878 рр.) був нагороджений орденами, а за участь у ліквідації епідемії тифу в армії отримав “Подяку Імператора”. У 1882 р. захистив докторську дисертацію і здобув ступінь доктора медицини. У 1883 р. обраний на посаду приват-доцента, став керівником кафедри фармакогнозії Харківського університету, у 1884 р. почав працювати доцентом Варшавського університету (з 1886 р. – екстраординарним, згодом – ординарним професором фармації). Автор підручника “Курс фармакогнозії” (1888). Зробив великий внесок в розвиток кафедри фармації і фармакогнозії Харківського університету. Член Харківського медичного товариства. Помер 19 січня 1893 р. у Варшаві на 46 році життя.

**12 грудня – 60 років** від дня народження **Євгена Івановича Дзіся**. Народився у Львові. У 1976 р. закінчив педіатричний факультет Львівського медичного інституту. У 1976-1977 рр. працював лікарем Львівської обласної клінічної лікарні, у 1977-1982 рр. – науковий співпрацівник Львівського НДІ гематології і переливання крові. У 1982-1992 рр. – науковий співпрацівник Львівського НДІ туберкульозу / НДІ епідеміології та гігієни; у 1992-1994 рр. – гематолог Львівської обласної дитячої клінічної лікарні, у 1994-1999 рр. – завідувач відділення дитячої гематології Львівського НДІ гематології і переливання крові, у 1999-2001 рр. – доцент кафедри факультетської терапії внутрішньої медицини №2 ЛМУ, від 2001 р. – професор кафедри факультетської терапії внутрішньої медицини №2 Львівського медичного університету. У 1983 р. захистив кандидатську дисертацію, у 1988 р. отримав вчене звання старшого наукового співпрацівник, у 1992 р. захистив докторську дисертацію, у 2001 р. отримав вчене звання доцента, а у 2003 р. вчене звання професора.

Наукові дослідження пов’язані з вивчення гемостазу під час внутрішніх хвороб, мінливістю мікобактерій у патогенезі туберкульозу, з діагностикою та лікуванням гематоонкологічних хвороб. Автор понад 150 наукових праць, в т.ч. підручників, посібників, 3 авторських свідоцтва на винаходи.



**14 грудня – 110 років** від дня народження **Романа Крупки**. Народився у Львові. Після закінчення Української Академічної гімназії у 1920 р. вступив на медичний факультет Українського (таємного) університету. У 1926 р. закінчив Львівський університет. Лікарську практику проходив у загальному шпиталі. В 1934 р. відкрив приватну практику в с. Оленичі Любачівського повіту. З часом переїхав до Львова, працював у Народній лікарні у відділі внутрішніх хвороб, був асистентом М. Панчишина. У 1939-1941 рр. працював у міському відділі охорони здоров'я. У 1941-1944 рр. – був директором шпиталю. В кінці війни виїхав до Німеччини, працював лікарем у таборі в Ашафенбурзі, у військовій частині США у Вюрцбурзі. У 1948 р. емігрував у США. У Чикаго, після практики та нострифікаційних іспитів займався приватною практикою в українському середовищі, мав посаду в лікарні в Белмонті. Був засновником і керівником УЛТ ПА у Чикаго (1960-1961). У 1984 р. вийшов на пенсію. Помер 21 липня 1990 р. на 87 році життя.

**15 грудня – 85 років** від дня народження **Анатолія Юхимовича Романенка**. Народився в с. Ново-Павлівка Дніпропетровської області. У 1954 р. закінчив Дніпропетровський медичний інститут. У 1954-1955рр. – працював в.о. асистента кафедри нормальної анатомії ДМІ, у 1955-1963 рр. – педіатр-хірург і головний лікар Ново-Покровської районної лікарні, у 1963-1967 рр. – завідувач Дніпропетровським міськздороввідділом, в 1967-1975 рр. – завідувач Дніпропетровським облздороввідділом, в 1975-1989 рр. – Міністр охорони здоров'я УРСР. У 1983 р. захистив докторську дисертацію, у 1986-2000 рр. директор Всесоюзного наукового центру радіаційної медицини АМН СРСР (нині – Науковий центр радіаційної медицини АМН України), у 1986 р. – член-кореспондент АМН СРСР. В 1994 р. обраний академіком Міжнародної АН ВШ, в 1997 – академіком АМН України. Наукові інтереси присвячені проблемам гігієни оточуючого середовища та оцінці стану здоров'я населення, що постраждало внаслідок катастрофи на ЧАЕС.

**15 грудня – 80 років** від дня народження **Ігоря Васильовича Комісаренко**. Народився в м. Харкові в родині видатного вченого-ендокринолога, засновника Київського інституту ендокринології та обміну речовин Василя Павловича Комісаренка. Після закінчення СШ вступив до Київського медичного інституту, який закінчив з відзнакою у 1958 р. Упродовж наступного року працював лікарем-хірургом Радомишльської райлікарні Житомирської області. У 1959 р. вступив до аспірантури кафедри загальної хірургії КМІ. Після навчання в аспірантурі захистив кандидатську дисертацію на тему: “Изменения функционального состояния коры надпочечников при различных заболеваниях щитовидной железы”. Упродовж 3 років працював асистентом кафедри загальної хірургії. У 1965 р. І.В. Комісаренко був обраний керівником хірургічного відділу Київського НДІ ендокринології та обміну речовин МОЗ УРСР, тобто Ігор Васильович – фундатор першої в Україні спеціалізованої хірургічної клініки ендокринологічного профілю. У 1977 р. І.В. Комісаренко захистив докторську дисертацію на тему: “Лечение болезни и синдрома Иценка-Кушинга хирургическим методом с использованием ингибитора функции коры надпочечников хлоридитана”. Досягнення в галузі лікування захворювань наднирникових залоз були відзначені Державною премією УРСР в галузі науки і техніки за 1976 р.

І.В. Комісаренко став піонером нового напрямку в трансплантології – пересадка тканин і клітинних культур-залоз внутрішньої секреції. Було виконано кілька тисяч трансплантацій культур клітин острівців підшлункової залози, наднирників, щитоподібної, паращитоподібних, статевих залоз.

У 1981 р. отримав вчене звання професора. У 1988 р. із співав. Інституту ендокринології і Київського медичного інституту стали лауреатами Державної премії УРСР за успіхи і досягнення в галузі хірургічного лікування захворювань ендокринних залоз. У 1995 р. за ініціативою І.В. Комісаренка був створений Український науково-практичний центр

ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин. У 1997 р. І.В. Комісаренко обраний членом-кореспондентом АМН України. У 1999 р. відкрито Київський центр ендокринної хірургії, відділення хірургічної ендокринології Наукового центр радіаційної медицини АМН України.

І.В. Комісаренко є автор близько 450 наукових публікацій, 6 монографій, 24 авторських свідоцтв. Підготував 8 докторів та 14 кандидатів наук. Почесний президент Української Асоціації ендокринних хірургів, член наукового товариства ендокринологів України, член редколегій низки наукових журналів.

**16 грудня – 75 років** від дня народження **Бориса Абрамовича Герасуна**. Народився в м. Кременчук Полтавської області. У 1963 р. закінчив санітарно-гігієнічний факультет Львівського медичного інституту. У 1963-1968 рр. працював епідеміологом СЕС Кам'яно-Бузького р-ну та м. Львова, в 1968-1971 рр. – аспірант кафедри мікробіології. У 1971 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Вирусный гепатит В у больных туберкулёзом”. У 1971-1983 рр. – асистент кафедри інфекційних хвороб Львівського медичного інституту. У 1983-1986 рр. доцент кафедри. У 1984 р. йому присвоєно вчене звання доцента. У 1985 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Вирусный гепатит В с естественными путями передачи”. Від 1986 р. – професор кафедри інфекційних хвороб. У 1987 р. отримав вчене звання професора. У 2007 р. став Заслуженим професором ЛНМУ імені Данила Галицького.

Б.А. Герасун автор понад 300 наукових праць, в т.ч. 5 монографій, 6 авторських свідоцтв на винаходи, 5 патентів. Підготував 9 кандидатів та 2 докторів наук.

**16 грудня – 75 років** від дня народження **В'ячеслава Івановича Олейнікова**. Народився в м. Краматорськ Донецької області. У 1966 р. закінчив медичний факультет Львівського медичного інституту. У 1966-1969 рр працював психіатром психоневрологічного диспансеру м. Канібадам Таджикиської РСР. У 1969-1970 рр. – клінічний ординатор кафедри психіатрії, у 1970-1978 рр. – асистент кафедри психіатрії. У 1973 р. захистив кандидатську дисертацію у 1978-1980 рр. – доцент кафедри, у 1980-1986 рр. – завідувач кафедри психіатрії. У 1986-1989 рр. – завідувач курсу психіатрії при кафедрі неврології, у 1989-1998 рр. – доцент кафедри психіатрії ФПДО Львівського медичного інституту.

Наукові дослідження пов'язані з діагностикою, клінікою та лікуванням параноїдної шизофренії, алкогольної залежності, соціально-трудоваї реадаптації. Автор близько 80 наукових та навчально-методичних праць.

**17 грудня – 115 років** від дня народження **Миколи Петровича Новаченка**. Народився в с. Буринь Сумської області. У 1922 р. закінчив Харківський медичний інститут і почав працювати в Українському НДІ ортопедії та травматології. З 1940 р. – директор цього інституту, захистив докторську дисертацію, присвячену васкуляризації пересадженої кістки. У 1941 р. отримав вчене звання професора. У 1955-1966 рр. був головним редактором журналу “Ортопедия, травматология и протезирование”. У 1945-1961 рр. очолював Харківське медичне товариство. У 1957 р. обраний членом-кореспондентом АМН СРСР. Наукові дослідження присвячені питанням лікування переломів кісток, вивченню регенерації кісткової тканини протезування. Помер у 1966 р. на 68 році життя.

**19 грудня – 95 років** від дня народження **Олександри Пилипівни Кисельової**. Народилася в с. Єнісейськ Алтайського краю (РФ). В 1932-1935 рр. – навчання в Бійському медтехнікумі, в 1935-1940 рр. – навчалася в Томському медичному інституту. У 1940 р. вступила до аспірантури при кафедрі нормальної анатомії Томського медичного інституту. З вересня 1941 – військовий хірург в діючій армії, пройшла шлях від асистента хірурга до провідного хірурга госпіталю. З 1945 р. – аспірант кафедри патанатомії Київського медичного інституту. У 1949 р. захистила кандидатську дисертацію. У 1951 р. захистила докторську дисертацію. З 1960 р. – професор кафедри патологічної анатомії, удосконалювалася в Англії, де

оволоділа гістохімічними методами і впровадила їх в УРСР. В 1971-1991 рр. – завідувач кафедри патологічної анатомії, в 1991-1995 рр. – професор цієї кафедри. О.П. Кисельова організувала кафедру патологічної анатомії медичного інституту Української асоціації народної медицини, яку очолювала в 1994-1995 рр.

У 1955-1957 рр. – декан стоматологічного факультету КМІ.

Померла О.П. Кисельова 7 червня 1995 р. на 77 році життя.

**25 грудня – 180 років** від дня народження **Степана Васильовича Руданського**. Народився в с. Хомутиці (тепер Вінницької області) в сім'ї священика. У 1961 р. закінчив Петербурзьку медико-хірургічну академію. Ще в студентські роки (1859-1861) почав друкуватися в журналах “Русский мир” та “Основа”. Писав вірші, балади, співомовки, використовуючи сатиру та народні пісні. Під час навчання, позбавлений батьківської допомоги, часто голодував і захворів на туберкульоз. На його прохання був призначений лікарем у Ялту, де до кінця життя працював міським лікарем. Здобув популярність серед населення як спеціаліст і дуже чуйна людина. У 1863 р. працював домашнім лікарем князя Воронцова в Алуці. Виступав палким прихильником української мови. Займався перекладами світової літератури українською мовою: “Слово о полку Ігоревім”, “Іліади” Гомера, “Енеїди” Вергілія, “Сни” Г.Гейне. У 1873 р. в Криму спалахнула епідемія холери і С.В. Руданський активно включився у боротьбу з цією хворобою, сам захворів на холеру. Загострився туберкульоз і 3 травня 1873 р. С.В.Руданський помер на 40 році життя.

**25 грудня – 170 років** від дня народження **Федора Ігнатійовича Пастернацького**. Народився в Ігуменському повіті Мінської губернії в родині священика. Закінчив Мінську духовну семінарію в 1866 р., а в 1871 р. – медичний факультет Київського університету “лікарем з відзнакою”. Служив молодшим лікарем у Бессарабському піхотному полку, ординатором терапевтичної клініки Київського військового госпіталю під керівництвом проф. Покровського., одночасно, в 1872-1878 рр. викладач Київської військово-фельдшерської школи, у 1877-1878 рр. старший лікар, представник Київського військового госпіталю при товаристві Червоного Хреста. У 1879-1882 рр. – лікар Брест-Литовського військового госпіталю, у 1882 р. – асистент кафедри діагностики і загальної терапії ВМА. У 1888 р. захистив докторську дисертацію. У 1891 р. – екстраординарний професор, з 1893 р. – ординарний професор кафедри госпітальної терапії ВМА. Видатний клініцист, педагог, науковець. Автор близько 40 наукових праць з питань діагностики, терапії, гігієни, дієтики, бактеріології, інфекційних хвороб. Працюючи у Києві, одночасно з В. Образцовим розробив систему пальпації органів черевної порожнини, пальпації нирок. Описав характерні для захворювань нирок клінічні симптоми (“симптом Пастернацького”). Розробляв методи фізіотерапевтичного та курортного лікування хвороб нирок. Вивчав клініку інфекційних хвороб. Брав участь в ліквідації чуми у Самаркандському краї. Дослідження механізму дії та застосування курортних факторів дають підставу вважати Ф. Пастернацького одним із засновників вітчизняної кліматобальнеотерапії. Він ввів курс основ курортології у вищих навчальних медичних закладах. Досліджував властивості курортів: Кавказьких Мінеральних вод, Кисловодська, Гагр. Вивчав дію мінеральної води “Ессентуки №4”, “Ессентуки №17”, “Нарзану”. Ініціатор першого в Росії з'їзду фахівців кліматології, бальнеології, гідрології (СПб, 1898), один із організаторів Всеросійської гігієнічної виставки (1894). Помер 7 серпня 1902 р. на 59 році життя.

**25 грудня – 165 років** від дня народження **Овксентія Трохимовича Богаєвського**. Народився в с. Устинці Полтавської губернії. Після закінчення медичного факультету Київського університету св. Володимира у 1874 р. працював у Миргороді земським лікарем. З 1883 р. – старший лікар Кременчуцької лікарні, де працював до кінця життя понад 40 років. Прославився як хірург – новатор з широким діапазоном хірургічної діяльності. Вже у 1887 р. першим в Україні здійснив резекцію шлунка з приводу ракового захворювання із сприятливим

віддаленим результатом. Під його керівництвом в лікарні за рік проводилося 800-1100 операцій. Опублікував понад 80 наукових праць. У 1911 р. Київський університет присвоїв О.Т. Богаєвському вчений ступінь доктора медицини *honoris causa*. Учасник багатьох з'їздів лікарів. Помер 5 грудня 1983 р. у Кременчуці проживши майже 82 роки.

**25 грудня – 85 років** від дня народження **Богдана-Михайла Михайловича Коваліва**. Народився у м. Львові. Після закінчення Української академічної гімназії у Львові навчався на лікувальному факультеті ЛДМІ (1946-1951). Працював завідувачем лікарської дільниці в с. Скварява Львівської області (1951-1954), ординатором терапевтичного відділу 8-ої лікарні м. Львова (1952-1953), науковим співпрацівником (1953-1968) Львівського НДІ туберкульозу, доцентом (1968-1974) кафедри факультетської терапії, професором (1974-1985) кафедри факультетської та шпитальної терапії ЛДМУ (1985-2000). Організатор і керівник нефрологічної клініки ЛДМУ (1970-2000), головний нефролог Львівського облздороввідділу (1975-1993), співавтор і голова редколегії Етичного кодексу лікаря (1996), к.м.н. (1958), с.н.с. (1962), д.м.н. (1966), доцент (1968), професор (1974), дійсний член НТШ (1998), член Управи УЛТ (1992-1996). Дійсний член Європейської асоціації нефрологів (1995), Міжнародного товариства штучних органів наукового комітету Дунайської асоціації нефрологів (1992). Член правління української асоціації нефрологів (1990). Автор 230 наукових праць, в т.ч. 8 монографій, підручника, 3 словників. Підготував 17 кандидатів наук.

**26 грудня – 115 років** від дня народження **Єлизавети Августівни Краузе**. Народилася в м. Харкові. Німкеня. З 1920 р. працювала в Харківському медичному інституті. З 1921 р. – сестра милосердя евакошпиталю №894, з жовтня 1923 р. – препаратор медінституту. У 1928 р. отримала вищу медичну освіту. З 1930 р. працювала лаборантом, з 1931 р. – асистент кафедри мікробіології ХМІ. 7 листопада 1937 р. заарештована контррозвідувальним відділом УДБ УНКВС по Харківській області за звинуваченням у контрреволюційно-диверсійній роботі в галузі бактеріології. Справу припинено постановою УДБ УНКВС по Харківській області від 9 березня 1939 р. за відсутністю складу злочину.

**26 грудня – 100 років** від дня народження **Зенони Яківни Коренькової**. Народилася у м. Вітебськ (Білорусь). У 1938 р. закінчила медичний факультет Вітебського медичного інституту. У 1938-1939 рр. та 1940-1941 рр. працювала завідувачем райздороввідділу та медичної дільниці у Вітебській області. У 1939-1940 рр. – служба в армії. Під час війни 1941-1945 рр. – військовий лікар. У 1945-1953 рр. – завідувач урологічного відділу Львівської обласної лікарні, в 1950-1953 рр. – асистент клініки урології та урологічної клініки кафедри факультетської хірургії Львівського медичного інституту. У 1962 р. захистила кандидатську дисертацію. У 1962-1973 рр. завідувач курсу урології та урологічної клініки кафедри факультетської хірургії ЛМІ. У 1966 р. отримала вчене звання доцента. У 1973-1976 рр. працювала доцентом кафедри урології Львівського медичного інституту. Наукові інтереси пов'язані з хірургією онкологічних захворювань нирок, сечового міхура, передміхурової залози, чоловічих статевих органів, аномалій розвитку, сечокам'яної хвороби, запальних захворювань органів сечостатевої системи. Померла 19 вересня 1995 р. на 82 році життя.

**27 грудня – 115 років** від дня народження **Костянтина Цєплого**. Народився у Сянові (нині – Польща). Під час I Світової війни служив в австрійській армії. Згодом був старшиною в УГА. У 1920 р. інтернований поляками у Тухлі. Весною 1921 р. повернувся до Львова, почав вивчати медицину у Львівському університеті, який закінчив у 1930 р. Поселився на Лемківщині, де займався лікарською практикою. Влітку 1944 р. емігрував до Німеччини, заснував у Ганновері табірний шпиталь ім. Миколи Лисенка. У 1949 р. виїхав у США, поселився у Толідо (штат Огайо). У 1960 р. переїхав до Детройта, працював у шпиталях. Член УЛТ ПА. Помер 22 вересня 1972 р. на 74 році життя.

**28 грудня – 105 років** від дня народження **Івана Мосійчука**. Народився в с. Корчівка на Волині. Закінчив Одеський медичний інститут. Працював лікарем у Херсоні, згодом переїхав до Києва. У 1939 р. переїхав до Львова, працював асистентом клініки внутрішніх хвороб медичного інституту. Під час німецької окупації працював ординатором клініки внутрішніх хвороб медичних фахових курсів, надавав медичну допомогу українському підпіллю, жертвам

гестапо: українцям і євреям. У 1944 р. емігрував до Німеччини. У 1948-1954 рр. був лікарем українських лікарень у Тунісі. Згодом емігрував до США, працював лікарем у Баффало. Довгі роки був табірним лікарем в оселі СУМ “Холодний Яр”. Помер 12 травня 1979 р. на 71 році життя.

**29 грудня – 60 років** від дня народження **Ольги Петрівни Костик**. Народилася в с.Вербівці Тернопільської області. У 1978 р. закінчила педіатричний факультет Львівського медичного інституту. У 1978-1984 рр. працювала педіатром Острозької рай лікарні Рівненської області. У 1984-1986 рр. – клінічний ординатор кафедри пропедевтики дитячих хвороб Львівського медичного інституту, у 1986-1988 рр. – старший лаборант. У 1988-1989 рр. – науковий співпрацівник лабораторії бактеріології та імунології, у 1989-2000 рр. – науковий співпрацівник відділу туберкульозу Львівського НДІ епідеміології і гігієни, у 2000-2002 рр. – асистент кафедри фтизіатрії та пульмонології Львівського медичного університету, у 2002-2004 рр. – доцент цієї кафедри, від 2004 р. - професор кафедри.

У 1989 р. захистила кандидатську дисертацію на тему: “Клініко-імунологічні та генетичні критерії диференціальної діагностики генезу бронхообструктивного синдрому у дітей”. У 1997 р. отримала вчене звання старший науковий співпрацівник, у 2000 р. захистила докторську дисертацію на тему: “Туберкульоз у дітей шкільного віку, які проживають на забруднених радіонуклідами територіях”. У 2004 р. отримала вчене звання доцента, у 2005 р. їй було присвоєно вчене звання професора.

О.П. Костик є автором понад 300 наукових робіт, в тому числі 3 монографій, 6 авторських свідоцтв на винаходи, 1 посібника.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Надрага Ю. Юсько Стефанія Михайлівна / О. Надрага, О. Децик // 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. 367-368.
2. Чайка Я. Великий Микола Миколайович / Я. Чайка // Encyclopedica. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т.І.: А – К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 275-276.
3. Видатні вихованці Харківської вищої медичної школи: бібліогр. довід. – Харків, 2010. – 208 с. – Зі змісту: [Алимов Андрій Якович]. – С. 11-12.
4. Вчені Поділля (Фундаментальні наукові праці). Ч.І. – Хмельницький, Вінниця: Поділля, 1999. – 350 с. – Зі змісту: [Гудзенко Прокопій Микитович]. – С. 14-15.
5. Пирогова В. Бабадагли Олександр Христофорович / В. Пирогова, 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. 7.
6. 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: [Крижановський Микола]. – С. 112.
7. 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: [Залеський Микола]. – С. 88.
8. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліогр. довід. / Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Литвин Лідія]. – С.114-115.
9. Борняк І. Дармограй Роман Євдокимович / І. Борняк // 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. 99.

10. Медицина в Україні. Медична біографістика. Вип. 2. Др. половина XIX – поч. XX ст.: Літери Л-С: бібліогр. словн.. – К.: СПД Коляда О.П., 2012. – 520 с. – Зі змісту: [Ментін Микола Федорович]. – С.65.
11. Панчишин М. Дзись Євген Іванович / М. Панчишин // 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. 104.
12. 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: [Крупка Роман]. – С. 113.
13. Червяк П.І. Медична енциклопедія / П.І. Червяк. – К.: Просвіта, 2001. – 1024 с. – Зі змісту: [Романенко Анатолій Юхимович]. – С. 992.
14. Червяк П.І. Медична енциклопедія / П.І. Червяк. – К.: Просвіта, 2001. – 1024 с. – Зі змісту: [Комісаренко Ігор Васильович]. – С.962.
15. Долішня Н. Олейніков В'ячеслав Іванович/ Н. Долішня // 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. 241-242.
16. Шевченко Л. Герасун Борис Абрамович / Л. Шевченко // 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. 66.
17. Червяк П.І. Медична енциклопедія / П.І. Червяк. – К.: Просвіта, 2001. – 1024 с. – Зі змісту: [Новаченко Микола Петрович]. – С. 980.
18. Червяк П.І. Медична енциклопедія / П.І. Червяк. – К.: Просвіта, 2001. – 1024 с. – Зі змісту: [Кисельова Олександра Пилипівна]. – С. 960.
19. Герасименко В.Я. Руданський Степан Васильович / В.Я. Герасименко // УРЕ/ ред.. М.П. Бажан. – Т.9: Поплужне-Салуїн. – 2-е вид. – К.: УРВ, 1983. – С. 505.
20. Медицина в Україні. Медична біографістика. Вип. 2. Др. половина XIX – поч. XX ст.: Літери Л-С: бібліогр. словн.. – К.: СПД Коляда О.П., 2012. – 520 с. – Зі змісту: [Пастернацький Федір Ігнатійович]. – С.131-132.
21. 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: [Богаєвський Овксентій]. – С. 36.
22. Дутка Р. Ковалів Богдан-Михайло Михайлович/ Р. Дутка // 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. 151-152.
23. 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: [Краузе Єлизавета Августівна]. – С.308.
24. Боржієвський Ц. Коренькова Зенона Яковлевна / Ц. Боржієвський // 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.159.
25. 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: [Щеплий Костянтин]. – С. 240.
26. 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: [Мосійчук Іван]. – С.132.
27. Ільницький І. Костик Ольга Петрівна / І. Ільницький// 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. 163-164.

**МИКОЛА МИХАЙЛОВИЧ АМОСОВ**  
**До 100-річчя від дня народження**



Сторіччя від дня народження Легенди світової науки Микола Михайловича Амосова дає можливість знову поринути у спогади про незабутні зустрічі з М.М. Амосовим під час поїздки в 1965 р. за апаратурою в його інститут, на кафедрі торакальної хірургії та анестезіології ЛДМІ (1965-1970), бачити операцію, яку проводив великий хірург, слухати його публічні лекції.

Сто років від дня народження Великої Людини ще одна нагода прилучитися до неоціненної спадщини Лікаря, Вченого, Філософа. Віддати данину його пам'яті – наш святий обов'язок. З позиції сьогодення стає все більш очевидним той факт, що Микола Амосов – унікальний феномен вченого та суспільного діяча, чії думки стали інтелектуальним надбанням не тільки сьогодення, але й залишаться такими у майбутньому. Професійна діяльність видатного лікаря та вченого, хірурга та дослідника у галузі медичної та біологічної кібернетики завжди були невіддільні від серцевих переживань, намагання зрозуміти зміст життя та знайти шляхи вдосконалення людини та суспільства. Яскрава особистість Миколи Михайловича Амосова, його думки, інтелігентність, скромність, мужність, сила характеру, безкомпромісність і твердість у відстоюванні своїх переконань завжди служили і служитимуть прикладом, орієнтиром, і мабуть, недосяжним ідеалом для всіх його палких прихильників. Не всім вдається вистояти у випробуваннях долі і не втратити душу, здійснити мету життя. Лінія долі Миколи Амосова, що пройшов через три епохи і залишився самим собою, – приклад для натхнення.

Грудень можна назвати місяцем М.М. Амосова. Дві цифри: 6 і 12 – пов'язані з цією Людиною. Перша – день народження, друга – дата смерті. Між ними відстань у 89 років і 1 тиждень – ціле життя, яке назавжди залишиться в історії України Гордість української та російської нації, він увійшов у “першу десятку” особистостей, які визначають лице України.

Народився М.Амосов 6 грудня 1913 року, перед першою світовою війною, у с.Ольхово Вологодської губернії у сім'ї кооператора. Мати працювала сільською акушеркою, батько після війни 1914 р. покинув сім'ю, тому жили дуже сутужно. Мати ніколи не дозволяла собі брати подарунків від пацієнтів і залишилася для Миколи Михайловича прикладом на все життя. Безкорисливість і чесність видатного хірурга йшла із сім'ї, від матері. У вищому розумінні – вплив генетики є очевидним. Вчився Амосов добре. Ще в юнацькі роки намагався писати, і тяга до літературної творчості не була марною.

Після школи навчався в механічному технікумі, став механіком. Жив бідно і самотньо. З 1932 р. працював начальником зміни на електростанції при лісопильному заводі. У 1934 р. одружився з Галиною Соболевою і поступив вчитися в Московський заочний індустріальний інститут. У 1935 р. поступив в Архангельський медичний інститут, який закінчив у 1939 р. з відзнакою. Хотів займатися фізіологією, але в аспірантурі було місце по хірургії. Аспірантура в клініці не подобалася, сімейне життя не склалося. Виїхав з Архангельська і почав працювати хірургом-ординатором в Череповці. У 1940 р. Отримав диплом інженера “з відзнакою”.

З початком війни був призначений хірургом шпиталю “ТПГ-2266”. Працював хірургом в госпіталях на Західному, Брянському, 1, 2, 3-му Білоруському, а також 1-му Далекосхідному (1945) фронтах. У своїх спогадах “Записки военного хирурга” (1974) М.М. Амосов написав “За всю войну мне не довелось быть свидетелем броских, эффектных

героических поступков ... Но я видел другой, повседневный, ежечасный героизм, видел массовое мужество”. Під час війни через госпіталь пройшло біля 40 000 поранених.

У 1946 р. почав працювати в Москві, але ця робота його не задовольняла. Вже в 1947 р. М.М. Амосова запросили на посаду головного хірурга Брянської області та завідувача хірургічного відділення обласної лікарні. Під час війни накопичилося багато клінічного матеріалу. Він встиг написати кандидатську дисертацію на тему: “Первичная обработка ран коленного сустава”, яку захистив у 1948 р.

В 1947-1952 рр. М.М. Амосов – завідувач хірургічним відділенням Брянської обласної лікарні. Саме у Брянську зустрілися два видатні хірурги Росії та України – М.М. Амосов та О.О. Шалімов, які стали друзями в житті, “суперниками” в хірургії. В Брянській обласній лікарні М.М. Амосов займався проблемами грудної хірургії.

В 1952 р. М. Амосов переїхав до Києва, де очолює спеціально створену в Київському інституті туберкульозу та грудної хірургії клініку торакальної хірургії. Наступного 1953 р. він захистив докторську дисертацію на тему: “Пневмонэктомия и резекции легкого при туберкулезе”

Микола Михайлович був ініціатором широкого впровадження в країні резекційної хірургії при захворюваннях легенів та зробив значний внесок щодо розвитку цієї проблеми. “Очерки торакальной хирургии” – перша фундаментальна монографія в цій галузі, швидко написана Амосовим. Але це все були лише попередні кроки до важливішої справи його життя – серцево-судинної хірургії. Справжня жага, рух до нових висот у спеціальності, талант від Бога... Праця була нелегкою.

Про масштабність роботи М.М. Амосова свідчать назви його наукових робіт: “Анализ результатов 100 резекций легкого при туберкулезе” (1953); “Опыт 1000 резекций легких” (1956). Саме в цій лікувальній установі розвивався його талант хірурга, дослідника, фізіолога, інженера. М.М. Амосов став одним з ініціаторів широкого запровадження в країні хірургічного лікування хвороб легень. Його дослідження сприяли значному зменшенню захворюваності туберкульозом та підвищенню ефективності лікування хвороб легень.

М.М. Амосовим була розроблена методика застосування механічного танталового шва за допомогою апарату “УКЛ-60” при часткових резекціях легень при туберкульозі. До 1963 р. за цією методикою було виконано понад 1700 операцій. Розпрацьовані методики одномоментних двохсторонніх резекцій легень, повторних резекцій легень.

У 1955 р. М.М. Амосов опублікував роботу “Наш первый опыт оперативного лечения больных с пороками сердца”. В 1961 р. роботи М.М. Амосова з легеневої хірургії були відзначені Ленінською премією.

У 1955 р. М.М. Амосов створив і очолив першу в СРСР кафедру грудної хірургії для удосконалення лікарів. Через деякий час від неї відійшла кафедра анестезіології-реаніматології. У березні 1955 р. він вперше в Україні розпочав хірургічне лікування вад серця. Був у відрядженнях за кордоном, бачив операції на серці із застосуванням апарату штучного кровообігу. Вирішив створити апарат штучного кровообігу власної конструкції. Боротьба з туберкульозом не пройшла безслідно для М.М. Амосова. У 60-х роках Микола Михайлович, захворівши на туберкульоз, лікувався в Старокримському санаторії. Вилікувавшись від хвороби, організував у санаторії пульмонологічне хірургічне відділення. Приїжджаючи на 2-3 місяці в Старий Крим до родичів, привозив своїх учнів, навчав їх лікувати хворих на туберкульоз, неодноразово робив операції в пульмонологічному відділенні та в Старокримській міській лікарні.

При лікуванні набутих вад серця, зокрема, мітрального стенозу, Микола Михайлович запропонував метод “розширених” комісуротомій, методику лікування комбінованих стенозів. У 1963 р. першим в СРСР зробив протезування мітрального клапану, в 1965 р. створив і вперше у світі впровадив у практику антитромботичні протези серцевих клапанів.



Талант блискучого хірурга доповнював його дар письменника. У 1964 р. з'явилася його книжка “Мысли и сердце”. Вона стала літературною подією в Радянському Союзі. Публікація книжки була як грім серед ясного неба, бо вперше було написано про смерть, яка виникала під час операцій на серці і про переживання хірурга. Під час операцій вмирав кожний п'ятий хворий. Ця жорстока правда офіційною медициною постійно замовчувалась. Микола Михайлович описував переживання і страждання лікаря, який оперував хворого. “Книгу напечатали в “Науке и жизни”. Потом – “Роман-газета”. Писатель Сент-Джордж, американець русского происхождения, перевел на английский. С него – почти на все европейские языки. В общей сложности издавали больше 30-ти раз. Правда, денег платили мало: Союз не подписал Конвенции о защите авторских прав. Знаменитым – стал, богатым – нет” (М.М. Амосов).

У 1983 р. керована М.М. Амосовим клініка серцевої хірургії була реорганізована в Київський науково-дослідний інститут серцево-судинної хірургії і стала Українським республіканським кардіохірургічним центром. Під керівництвом М.М. Амосова виконано близько 7000 резекцій легенів, понад 95000 операцій з приводу захворювань серця, в тому числі понад 36000 операцій із штучним кровообігом. Велику увагу Микола Михайлович приділяв також сучасним проблемам біологічної, медичної та психологічної кібернетики. За дослідження в галузі біокібернетики він у 1978 р. та 1997 р. нагороджений Державною премією УРСР та України.

Під керівництвом М.М. Амосова були проведені фундаментальні дослідження систем саморегуляції серця, машинної діагностики хвороб серця, побудовані фізіологічні моделі “внутрішнього середовища організму”, змодельовані на ЕОМ основні психічні механізми поведінки людини.

М.М. Амосов був автором близько 680 наукових праць, в тому числі понад 20 монографій. В очолюваному ним інституті підготовлено 40 докторів та 146 кандидатів наук. У 1988 р. М.М. Амосов передав керівництво інститутом своєму учню, професору Г.В. Книшову, залишився почесним директором інституту.

Вражає письменницька спадщина вченого: “Зиписки из будущего” (1965), “ТПГ – 2266” (1975), “Раздумья о здоровье” (1977), “Здоровье и счастье ребёнка” (1979), “Книга о счастье и несчастье” (1983), “Преодоление старости” (1996), “Моя система здоров'я” (1997), “Голоса времени” (1998), “Размышления” (2000), “Энциклопедия Амосова” (2002), “Моё мировоззрение” (2003).

М.М. Амосов був членом Президії правління Українського товариства хірургів і кардіологів, Міжнародної асоціації хірургів, Міжнародного товариства серцево-судинних хірургів, Міжнародного товариства медичної кібернетики, Наукової ради з кібернетики України, членом редколегій та редакційних рад низки вітчизняних та зарубіжних журналів. Він був депутатом Верховної Ради СРСР п'яти скликань.

12 грудня 2002 р. видатний хірург і вчений, Герой Соціалістичної Праці, академік НАН і АМН України, заслужений діяч науки і техніки України, Лауреат Ленінської і трьох Державних премій України, професор, доктор медичних наук Микола Михайлович Амосов відійшов у Вічність.

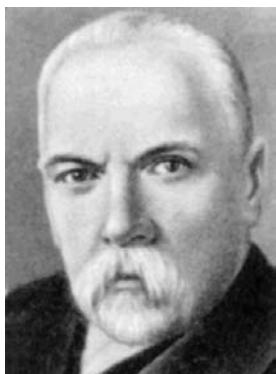
## ЛІТЕРАТУРА

1. БСЭ. В 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.1: А-АНГОб. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1970. – 608 с. – Из содерж.: [Амосов Николай Михайлович]. – С. 536.
2. Амосов Николай Михайлович. (К 60-летию со дня рождения) // Клин. хирургия. – 1973. – №11. – С. 3-5.
3. Богорад И. В. Амосов Николай Михайлович / И.В. Богорад // БМЭ в 36 т. / гл. ред. Б.В. Петровский. – Т.1: А-Антибиоз. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1974. – С. 1161-1162.

4. Николай Михайлович Амосов. (К 70-летию со дня рождения) // Груд. хирургия. – 1983. – №6. – С. 86-87.
5. Николай Михайлович Амосов. (К 70-летию со дня рождения) // Клин. хирургия. – 1983. – №11. – С. 77-78.
6. Николай Михайлович Амосов. (К 70-летию со дня рождения) // Кардиология. – 1983. – №12. – С. 90-91.
7. Николай Михайлович Амосов. (К 70-летию со дня рождения) // Хирургия. – 1983. – №12. – С. 3-4.
8. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук, думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Амосов Николай Михайлович]. – С.17-18.
9. Николай Михайлович Амосов. (К 80-летию со дня рождения) // Кардиология. – 1983. – №12. – С. 78-80.
10. Амосов Николай Михайлович. (К 80-летию со дня рождения) // Грудн. и сердечно-сосудистая хирургия. – 1984. – №1. – С. 77.
11. Мойсеїв І.К. Амосов Микола Михайлович: [біограф. довідка] / І.К. Мойсеїв // ЕСУ / редкол.: І.М. Дзюба [та ін]. – К., 2001. – Т.1: А-С. – С. 437.
12. Микола Михайлович Амосов: Некролог / О.Ф. Возіанов, А.Д. Візір, Є.Г.Гончарук [та ін.] // Здоров'я України. – 2002. – №12. – С. 5.
13. Трахтенберг И.М. Академик Н.М. Амосов и его мемуары / Междунар. мед. журн.. – 2002. – №1-2. – С. 224-227.
14. Микола Михайлович Амосов (1913-2002 рр.): некролог // Укр. кардіол. журнал. – 2003. – №1. – С. 140-141.
15. Мільков Б.О. Амосов Микола Михайлович (1913-2002) / Б.О. Мільков, О.О. Плаксива // Клін. анатомія та оперативна хірургія. – 2003. – №3. – С. 7-9.
16. Слово про академіка М.М. Амосова: (до 90-річчя від дня народження) / Г.В. Книшов, В.Б. Максименко, Я.А. Бендет, М.Ю. Атаманюк // Серце і судини. – 2003. – №4. – С. 4-7.
17. Амосов Микола Михайлович: [біограф. довідка] // Енциклопедія історії України. – К.: Наук. Думка, 2003. – Т.1: А-В. – С. 75.
18. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах. – Л, 2004. – 368 с. – Зі змісту: [М. Амосов]. – С.11, 152, 155, 157, 159-160, 162, 164, 166, 175, 191, 283.
19. Амосов Николай Михайлович: [біограф. справка] // 100 знаменитых людей Украины / В.М. Склярченко, Т.Н. Харченко, О.Ю. Очкурова, И.А. Рудычева. – Харьков: Фило, 2005. – С. 9-15.
20. Закусило О. Пам'яті видатного вченого і великого хірурга [М.М. Амосов] / О. Закусило // Серце і судини. – 2006. – №4. – С. 117-118.
21. Амосов Микола Михайлович (1913-2002) // Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (1814-2006) / В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. – 3-є вид, випр. і доп. – К.: Книга плюс, 2006. – С. 7-8.
22. Медведь В.И. Диалоги о медицине и жизни / В.И. Медвель. – К. Здоров'я України, 2007. – 492 с. – Из содерж.: [Николай Михайлович Амосов]. – С. 13-24.
23. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліограф. довід. / Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [М. Амосов]. – С.27, 198.
24. Амосов Микола Михайлович: [біограф. довідка] // Україна: енциклопед. словник / автор-упоряд. О. Сліпушко. – К.: Аконті, 2008. – С. 22.
25. Виленский Ю. Николай Михайлович Амосов. В зеркале трёх эпох / Ю. Виленский // Серце і судини. – 2008. – №1. – С. 117-120.
26. Амосов Н.М.: автопортрет: К 95-летию со дня рождения // Серце і судини. – 2009. – №1. – С. 8-17.
27. Микола Михайлович Амосов. Легенда світової науки: бібліограф. показ. / упоряд. Л.Є. Корнілова, Т.А. Остапенко / наук.ред. Р.І. Павленко. – К., 2009. – 80 с.

**Ю.М. ПАНИШКО, Я.І. ПУЗИЧ**  
**МИКОЛА МАРКІЯНОВИЧ ВОЛКОВИЧ**

**До 155 - річчя від дня народження**



Микола Маркіянович Волкович народився 9 грудня 1858 р. в м. Городні Чернігівської губернії в сім'ї церковного дяка. Навчався у 3<sup>-х</sup> класному повітовому училищі. Продовжив навчання в класичній Чернігівській гімназії (відразу був зарахований до другого класу), яку закінчив у 1877 р. зі срібною медаллю. У цей же рік вступив на медичний факультет Університету Св. Володимира.

В університеті почав цікавитися хірургією вже з 3-го курсу, а остаточно вирішив присвятити себе хірургії після лекцій і відвідин клініки знаменитого професора-хірурга Володимира Опанасовича Караваєва. У 1882 р. закінчив медичний факультет з відзнакою. Вступив до ординатури госпітальної хірургічної клініки, яку очолював проф. Ф.К. Борнгаупт (учень німецького хірурга Фолькмана). Одночасно М.М. Волкович працював помічником прозектора на кафедрі фізіології Університету Св. Володимира.

У 1884 р. лікар М.М. Волкович зробив першу в Україні операцію видалення щитоподібної залози. У 1888 р. М.М. Волкович відкрив і вивчив збудника риносклероми (паличка Волковича-Фріша). У 1888 р. Микола Маркіянович захистив докторську дисертацію на тему: "Риносклерома с клинической, патологоанатомической и бактериологической стороны". В цьому ж році вийшла друком монографія М.М. Волковича з одноіменною назвою.

У 1889 р. він був відряджений у Німеччину, в клініки оториноларингології. Після повернення з відрядження обраний приват-доцентом. В Університеті Св. Володимира читав курс "Десмургія з вченням про переломи та вивихи", "Діагностика хірургічних хвороб", "Хвороби вуха, горла і носа". З осені 1889 р. М.М. Волкович читав систематичний, проте необов'язковий курс лекцій з оториноларингології.

В 1893-1903 рр. М.М. Волкович працював завідувачем хірургічного відділення Олександрівської лікарні в Києві. Саме тут були зроблені пріоритетні операції в Україні; в 1894 р. він розробив оригінальний метод кістково-пластичної операції при туберкульозі кісток стопи та гомілковостопного суглоба; у 1894 р. одним з перших в Росії зробив операцію ламінектомії; у 1896 р. розробив оригінальний метод резекції колінного суглобу. У 1898 р. М.М. Волкович запропонував незалежно від американського хірурга Мак-Бурнея косий розріз черевної стінки в правій клубовій ділянці при операції видалення апендиксу. Саме М.М. Волкович вперше висловив думку про необхідність холецистектомії в усіх випадках калькульозного холециститу.

У 1903 р. М.М. Волкович уперше успішно виконав вільну пластику черепа з приводу грижі головного мозку. У 1903 р. після відставки проф. Ф.К. Борнгаупта М.М. Волкович був обраний завідувачем кафедри госпітальної хірургії. Курс оториноларингології він передав професору М.П. Трофимову. Для своєї вступної лекції на кафедрі госпітальної хірургії Микола Маркіянович обрав наступну тему: "Хірургія, як наука та мистецтво і виховні завдання хірургії".

28 жовтня 1908 р. М.М. Волкович виступив ініціатором створення Київського хірургічного товариства. Головою товариства був одностайно обраний М.М. Волкович. Майже 20 років вчений ретельно виконував обов'язки голови Товариства.

У 1911 р. факультет перевів Миколу Маркіяновича на посаду завідувача кафедри факультетської хірургії в зв'язку з хворобою завідувача – професора Л.О. Малиновського. Цією кафедрою він керував до 1922 р.

На III-му Міжнародному з'їзді хірургів у Брюсселі (1911) демонструвалися шини, сконструйовані М.М. Волковичем для лікування переломів кісток.

У 1914 р. М.М. Волковичу було присвоєно звання заслуженого професора Університету.

З початком Першої світової війни М.М. Волкович працював консультантом-хірургом Південно-Західного фронту, представником Червоного Хреста. Він працював як на фронті, так і в тилових госпіталях. У фронтових умовах М.М. Волкович проводив наради військових лікарів, вчив їх тонкощам військово-польової хірургії. У факультетських клініках медичного факультету Університету Св. Володимира був відкритий лазарет для поранених. Микола Маркіянович очолив цей лазарет і завідував ним до його закриття в 1915 р.

Після революційна реорганізація Київського університету привела до утворення двох відділів на медичному факультеті: російського та українського. М.М. Волкович викладав на російському відділі і виступав проти існування української лектури в КМІ. У 1922 р. російський відділ було закрито. В числі звільнених викладачів був і М.М. Волкович.

В 1923 р. Миколу Маркіяновича запросили на посаду завідувача науково-дослідною кафедрою при Київському відділі Укрголовнауки. Робота у відділі Головнауки його не задовольняла, він почав писати книги. У 1926 р. вийшла монографія М.М. Волковича “Аппендицит, жёлчнокаменная болезнь и туберкулёзный перитонит”, в якій підбиті підсумки тривалої роботи Миколи Маркіяновича в галузі абдомінальної хірургії.

У 1927 р. Київське хірургічне товариство влаштувало відзначення 45-річчя лікарської діяльності Миколи Маркіяновича. Аудиторія факультетської хірургічної клініки не змогла вмістити всіх, хто прийшов привітати викладача, вченого хірурга, видатну людину. В цьому ж році головою II Всеукраїнського з'їзду хірургів у Києві було обрано Миколу Маркіяновича Волковича.

У 1928 р. вийшла третя монографія Миколи Маркіяновича “Повреждения костей и суставов”, в якій узагальнено досвід його 45-річної роботи в галузі військово-польової хірургії, травматології, ортопедії. За весь час роботи в галузях хірургії М.М. Волкович опублікував понад 80 наукових праць. XVII з'їзд російських хірургів обрав М.М. Волковича довічним почесним членом Товариства російських хірургів. Ще в квітні 1928 р. М.М. Волкович головував на засіданні Київського хірургічного товариства.

А 11 липня 1928 р. Микола Маркіянович помер. В день його смерті Академія наук УРСР обрала його своїм дійсним членом. Похований М.М. Волкович на Байковому кладовищі.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Новицкий С.Т. Николай Маркиянович Волкович (его жизнь, деятельность и значение в хирургии) / С.Т. Новицкий // Вест. хир. – 1954. – Т.74. – №2. – С. 76.
2. БМЭ. В 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.5: Везикула-Вулканизация. – 2-е изд. – М.: Медгиз, 1958. – 1248 с. – Из содерж.: [Волкович Николай Маркиянович]. – С. 996-997.
3. УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.2: Боронування-Гергелі. – 2-е изд. – К.: УРЕ, 1978. – 544 с. – Зі змісту.: [Волкович Микола Маркіянович]. – С. 372.
4. Червяк П.І. Медична енциклопедія / П.І. Червяк. – К.: Просвіта, 2001. – 1024 с. – Зі змісту: [Волкович Микола Маркіянович]. – С.
5. 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: [Волкович Микола Маркіянович]. – С.46, 48, 51, 52, 53, 56, 59, 101, 233.

**АНДРІЙ МИХАЙЛОВИЧ СЕРДЮК**

**До 75-річчя від дня народження**



Андрій Михайлович Сердюк народився 24 грудня 1938 року у м. Дніпропетровськ у сім'ї вчителів. Свій трудовий життєвий шлях розпочав у 1955 році, коли вступив до Дніпропетровського медичного інституту. Після його закінчення у 1961 р. за розподілом отримав призначення лікарем-епідеміологом у Верхньодніпрянську санітарно-епідеміологічну станцію Дніпропетровської області. Через деякий час став заступником головного лікаря Верхньодніпровської районної лікарні. Своїми найкращими професійними якостями, людяністю, щирістю, організаторськими здібностями здобув прихильність людей і згодом був призначений завідувачем міськздоровідділу м. Верхньодніпровська. З часом був призначений головним лікарем Верхньодніпровської районної санепідемстанції Дніпропетровської області.

У 1966 році директор Київського НДІ загальної та комунальної гігієни ім. О.М. Марзєєва (нині ДУ «Інститут гігієни та медичної гігієни ім. О.М. Марзєєва НАМН України») проф. Калюжний Д.М. запропонував Андрію Михайловичу навчатися в аспірантурі. Ознайомившись з напрямками роботи лабораторій інституту (для цього було витрачено близько півроку) Андрій Михайлович обрав тему своєї дисертаційної роботи «Вплив електромагнітного випромінювання на здоров'я людей». На той час вивчати проблему електромагнітних випромінювань було непросто, у зв'язку із функціонуванням того часу різних приладів, які перешкоджали радіотрансляції з за кордону. Дисертацію Андрій Михайлович успішно захистив уже через 2 роки і 8 місяців, після чого залишився працювати в інституті старшим науковим співробітником.

У 1972 р. Андрій Михайлович запросили на роботу до ЦК КП України, де він працював до 1987 р.: інструктором, консультантом, заступником завідувача відділом науки та навчальних закладів. З 1987 р. до 1990 р. – перший заступник Міністра охорони здоров'я УРСР, з 1990 р. до 1994 р. – директор Українського наукового гігієнічного центру МОЗ України, з 1994 – перший заступник, виконуючий обов'язки Міністра охорони здоров'я України, з 1996 р. – Міністр охорони здоров'я України й одночасно на громадських засадах очолює в Українському науковому гігієнічному центрі лабораторію еколого-гігієнічної безпеки України.

З 1999 по 2000 рр. А.М. Сердюк – Голова Національного агентства контролю за якістю та безпекою продуктів харчування, лікарських засобів та виробів медичного призначення. З 2000 р. – директор ДУ «Інституту гігієни та медичної гігієни ім. О.М. Марзєєва НАМН України». А.М. Сердюк – доктор медичних наук з 1981 р, у 1994 р отримав наукове звання професора, з 1998 р. – заслужений діяч науки і техніки України, лауреат державної премії в Україні в галузі науки і техніки (2004 р.), у 1999 р. обраний почесним членом Академії медичних наук Польщі, з цього ж року дійсний член Міжнародної медичної академії ім. А. Швейцера. У 2007 р. Андрія Михайловича обрано Академіком Національної академії медичних наук України, а в 2011 р. Президентом Національної академії медичних наук України.

Основні напрямки наукової діяльності Андрія Михайловича стосуються збереження і зміцнення здоров'я населення, профілактики негативного впливу факторів довкілля на здоров'я, зокрема це медична екологія і еколого-гігієнічна безпека, гігієнічні проблеми охорони навколишнього середовища від несприятливого впливу хімічних, фізичних, біологічних чинників та оцінка ризиків їхнього негативного впливу на здоров'я населення, гігієнічні проблеми регіонального планування території України, будівництва та експлуатації житлових та громадських споруд, формування здоров'я населення, медичні і гігієнічні аспекти аварії на ЧАЕС, радіаційна безпека і протирадіаційний захист населення, наукові проблеми гігієни дітей і підлітків, гігієни харчування, генетичної епідеміології, опрацювання нормативно-методичної документації та профілактичних заходів з охорони довкілля та здоров'я населення, застосування сучасних інформаційних технологій в гігієні та медичній екології, організації охорони здоров'я тощо.

Андрій Михайлович розробив проблему біологічного впливу електромагнітної енергії антропогенного походження на організм людини, автор концепції гігієнічного регламентування для населення дії ЕМП, теорії резонансної взаємодії організму з навколишнім середовищем, науково обґрунтованої системи гігієнічної оцінки прогнозування і попередження техногенних ризиків, принципів і методів, розмежування норми і патології при екзогенних впливах, науково обґрунтував необхідність впровадження в Україні медико-екологічного та соціально-гігієнічного й генетичного моніторингу, а також вирішення екологічних проблем шляхом комплексування багатьох наукових напрямків, правового забезпечення, планового управління якістю середовища проживання людей.

З ініціативи та за участі А.М. Сердюка визначено шляхи розвитку медичної генетики, в Україні створений Міжвідомчий науковий центр медичної генетики МОЗ України та Цільова державна програма генетичного моніторингу в Україні, функціонує структура медико-генетичної допомоги населенню, вивчаються еколого-гігієнічні аспекти та медико-біологічні наслідки аварії на ЧАЕС, науково обґрунтовані заходи реабілітації забруднених територій та радіоактивного захисту населення України, за цикл цих робіт А.М. Сердюку та іншим вченим була присуджена Державна премія в галузі науки і техніки. Підчас чорнобильської катастрофи А.М. Сердюк на місці події вивчав ситуацію, яку офіційно визнав дуже небезпечною, в рекомендаціях зазначив про відміну першотравневих масових заходів, міжнародної велогонки і на поліг знизити дозу для ліквідаторів і потерпілих від аварії дозу опромінення, яку рекомендували науковці Москви.

Андрій Михайлович Сердюк є автором (співавтором) понад 450 наукових праць, у т.ч. багатьох монографій і підручників:

- «Взаимодействие организма с электромагнитными полями как с фактором окружающей среды» (1977);
- «Непростые заботы человечества: научно-технический прогресс, здоровье человека, экология» (1988);
- «Чернівецька хімічна хвороба: нове екологічне захворювання?» (1998);
- «Общая гигиена: пропедевтика гигиены» (1999);
- «Гігієна праці» (2000);
- «Гігієна довкілля: політика, практика, перспективи» (2001);
- «Генофонд і здоров'я населення» (2003);
- «Комунальна гігієна» (2003);

- «Тяжелые металлы внешней среды и их влияние на репродуктивную функцию женщин» (2004);
- «Гігієна та екологія» (2006)
- «Нариси з історії гігієни довкілля в Україні» (2006),
- «Генофонд і здоров'я: відтворення населення України» (2006)
- «Генофонд і здоров'я: розвиток методології оцінки» (2008)
- «В душі моїй живе неспокій» (2008)
- «Наукові засади міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації»» (2009)
- «Досвід та перспективи наукового супроводу проблеми гігієнічної науки та практики» (2011)
- «Психогігієна дітей і подростков, страдаючих хронічними соматическими захворюваннями» (2012)

А.М. Сердюк свято береже пам'ять про старше покоління науковців і попередніх керівників очолюваного ним Інституту: перед корпусом інституту за його клопотанням та проектом встановлено пам'ятник О.М. Марзєєву – першому директору інституту, Андрій Михайлович автор біографічних книг про акад. О.М. Марзєєва «Завещание врача-профилактика» (2003), «Александр Марзеев. Воспоминание санитарного врача» (2008), «Вехи жизни Дениса Николаевича Калюжного» (2010).

Академік А.М. Сердюк має широкі міжнародні творчі наукові зв'язки з вченими США, Японії, Швеції, Німеччини, Польщі, Росії.

#### **Громадська робота.**

Андрій Михайлович заступник голови Комісії з біобезпеки та біологічного захисту при РНБО України, заступником голови Національної комісії з радіаційного захисту при Верховній Раді України, член Національної експертної комісії з питань захисту суспільної моралі, член Президії Вченої Ради МОЗ України, Голова Координаційної ради НАМН України з питань реалізації наукової частини Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації», член Міжвідомчої комісії з реалізації Загальнодержавної програми «Питна вода України на 2006—2020 роки», керівник програми ВООЗ «Здоров'я в гармонії», заступник Голови спеціалізованої вченої ради Д 26.604.01 із спеціальностей: «гігієна» (медичні та біологічні науки) «екологія» (медичні науки), Голова проблемної комісії «Гігієна навколишнього середовища, очолював групу з Державної наукової технічної програми «Екологічна безпека України», тривалий час був Головою експертної ради ВАК України з наукового напрямку «Профілактична медицина», Головою наукового товариства гігієністів України, з 2012 року – Президент Української асоціації громадського здоров'я.

Під керівництвом А.М. Сердюка підготовлено 19 докторів і 10 кандидатів наук.

Андрій Михайлович – шеф-редактор фахових (ВАК України) видань: журналу «Довкілля та здоров'я» та збірника наукових праць «Гігієна населених місць», членом редакційних колегій ряду наукових журналів, член Національної спілки журналістів України. Він нагороджений: орденами Князя Ярослава Мудрого V ступеня, «Знак Пошани», «За заслуги» III ступеня, «Козацької слави», «Петра Великого I ступеня», орденами «Української православної церкви», «Преподобного Нестора Літописця III ступеня», «Преподобного Агапіта Печерського II ступеня», 4 медалями, почесними грамотами Верховної Ради України Кабінету Міністрів України, Президії НАН та АМН України, МОЗ та МО України, Міжнародною золотою зіркою за заслуги в медицині (Польща).

Поряд з талантом вченого А.М. Сердюк захоплюється літературою, мистецтвом, (театром, живописом, українською піснею).

У книзі «В душі моїй живе неспокій» Перший президент незалежної України Леонід Кравчук характеризує Андрія Михайловича як професіонала своєї справи, сміливу, сильну, енергійну, виважену і добру людину, Українця і вченого, який по справжньому відповідає лікарському покликанню і додає «І відома клятва Гіппократа для нього є внутрішнім станом. Це – його «Я»». «Він – рідкісна людина, яка містить у собі божевільні запаси дружелюбності, вміння рахуватися з людьми, вміння їм допомагати, і при цьому в нього ніколи не вичерпується почуття гумору, що робить його особливим багатцем. Сердюк випестив у собі таланти прекрасного керівника, вдумливого дослідника» (Володимир Горбулін, Академік НАН України з книги «В душі моїй живе неспокій»).

На XV з'їзді гігієністів України, який відбувся у вересні 2012 р у Львові, на базі Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького А.М. Сердюк зазначив, що світ не повинен поділитися на два суспільства: одне – з контрольованим і забезпеченим здоров'ям, друге – з всеосяжною і хаотичною хворобливістю, і висловив впевненість у тому, що в Україні можна й абсолютно необхідно створити засади медицини нового рівня, піднести вагомість гігієнічної науки, опрацювати нові технології, які дозволяють радикально підвищити рівень профілактики.

## **Здоров'я та довголіття на Многая і Благая літа.**

### **З роси і води, шановний ювіляре.**

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. В душі моїй живе неспокій. / А.М. Сердюк – К.: ТОВ «Вістка», 2008. – 148 с.
2. В авангарді вітчизняної медичної науки і практики. До 70-річчя з Дня народження академіка А.М. Сердюка. Актуальные проблемы транспортной медицины. № 1 (15). – 2009. С. 7.
3. Лікар, вчений, політик (До 70-річчя від дня народження академіка А.М.Сердюка). Environment and Health. – № ???2008. С.46-48/
4. Сердюк Андрій Михайлович. Інститут гігієни та медичної екології ім. О. М. Марзєєва [Last accessed 08.04.2008]. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського, Київ. Режим доступу : [http://archive.nbuv.gov.ua/portal/chem\\_biol/environment/serdyuk.html](http://archive.nbuv.gov.ua/portal/chem_biol/environment/serdyuk.html)
5. Сердюк Андрій Михайлович. Режим доступу : <http://www.amnu.gov.ua/links/1/1/83/ndr-ihailovich/print.html>
6. Сердюк Андрій Михайлович. Директор Державної установи «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва», академік АМН України. Режим доступу : <http://www.health.gov.ua/www.nsf/maindocs/serdiuk>



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

**1 грудня – 110 років** від дня народження **Юрія Маврикієвича Конорського**, польського нейрофізіолога. Народився в Лодзі. У 1939 р. закінчив медичний факультет Варшавського університету. У 1931-1933 рр. пройшов стажування в лабораторії І.П. Павлова у Всесоюзному інституті експериментальної медицини. У 1934-1939 рр. завідував лабораторією умовних рефлексів в Інституті експериментальної біології у Варшаві, яку він організував. У 1939-1944 рр. працював у філії Всесоюзного інституту експериментальної медицини Сухумі, в 1945-1955 рр. очолював кафедру фізіології Лодзінського університету (з 1947 р. – професор), водночас з 1945 р. керував відділом нейрофізіології Інституту експериментальної біології у Варшаві (в 1968-1973 рр. – директор). Фундатор і перший голова (з 1961) Комітету фізіології Польської АН. Наукові дослідження пов'язані з вивченням умовнорефлекторної діяльності головного мозку та фізіологічних механізмів рухової активності тварин. Вивчав питання сприйняття, асоціації, моделювання нервових процесів. Редактор журналу “Акта нейробіологіє експерименталес”

Ю.М. Конорський – лауреат державних премій ПНР в 1949, 1964 рр. Член НАН США (1965), Румунської АН (1965), Чехословацького медичного товариства ім. Я. Пуркіне, Французького товариства психологів, почесний член Американської АН і мистецтв (1970), Всесоюзного фізіологічного товариства ім. І.П. Павлова (1970) та ін. товариств. Помер 14 вересня 1974 р. на 72 році життя.

**2 грудня – 180 років** від дня народження **Фрідріха Даніеля фон Реклінгаузена**, німецького патологоанатома. Медичну освіту здобув в університетах Бонна, Вюрцбурга, Берліна. У 1855 р. захистив дисертацію на ступінь доктора медицини. Учень Р. Вірхова. У 1864 р. обраний професором патологічної анатомії Кенігсберзького університету, згодом Вюрцбурзького університету. З 1872 р. – ординарний професор загальної патології і патологічної анатомії Страсбурзького університету.

Наукові дослідження присвячені мікроскопічному вивченню матеріального субстрату хвороб. У 1860 р. опублікував метод диференціювання тканин імпрегнацією їх солями металів, особливо сріблом, застосовував його при вивченні будови лімфатичної системи та при інших дослідженнях. Відкрив блукаючі клітини сполучної тканини, одним із перших встановив здатність лейкоцитів поглинати частини барвників. У 1882 р. вперше дав докладний опис нейрофіброматозу. Ряд інших захворювань також названо його іменем. У 1910 р. опублікував двотомну працю “Дослідження рахіту та остеомалаяції”. Створив наукову школу. Помер 26 серпня 1910 р. на 77 році життя.

**3 грудня – 195 років** від дня народження **Макса Йозефа фон Петтенкофера**, німецького хіміка, біохіміка, гігієніста. Народився в Ліхтенгеймі (Баварія). У 1843 р. закінчив Мюнхенський університет. У 1847-1852 рр. завідував кафедрою медичної хімії у Мюнхенському університеті. Працював у знаменитого хіміка Ю.Лібиха. У 1852-1878 рр. – професор гігієни та фізіології, з 1865 р. завідувач створеної ним кафедри гігієни цього університету. У 1879 р. організував і очолив Інститут гігієни в Мюнхені.

Основні наукові роботи відносяться до гігієни та біохімії харчування. Вперше розпрацював разом з К. Фойтом (1831-1908) гігієнічні норми харчування. Розрахував калорійну цінність різних харчових речовин. Запропонував низку експериментальних методик гігієнічних досліджень ґрунту, води, повітря, житла. Розробив і впровадив ряд важливих гігієнічних показників / вміст двоокису вуглецю як індикатор чистоти повітря у приміщеннях. Займався питаннями газообміну (сконструював респіраторний апарат). Експериментально обґрунтував санітарні заходи з очищення міст: займався питаннями гігієни ґрунту. Полемізував з Р. Кохом щодо важливої ролі ґрунту, а не мікробного фактора у виникненні холери. Провів навіть дослід

на собі: випив чисту культуру холерних вібріонів і залишився здоровим. Хоча в цій дискусії М.Й. Петтенкофер був не правий, запропоновані ним оздоровчі та очисні заходи сприяли успішній боротьбі з холерою. Встановив вплив характеру харчування на склад сечі, запропонував тест на виявлення в сечі жовчі (тест Петтенкофера), одним з перших досліджував обмін речовин у здоровому і хворому організмах. Помер 10 лютого 1901 р. на 83 році життя.

**3 грудня – 180 років** від дня народження **Карлоса Хуана Фінлея**, кубинського лікаря. Народився в Пуерто-Прінсіле. Освіту отримав у Пенсильванському університеті (США). У 1855 р. працював лікарем у Матанасі, потім у Гавані.

З 1902 р. – перший директор департаменту охорони здоров'я Куби.

Наукові дослідження пов'язані з медичною мікробіологією. У 1881 р. відкрив переносника жовтої лихоманки (комар (*Aedes aegypti*)). Вивчав етіологію та патогенез цієї хвороби і розробив (1900-1901) систему попереджувальних заходів боротьби з цим захворюванням. Займався вивченням трихінельозу, туберкульозу, малярії, прокази та інших захворювань, питаннями гігієни праці та санітарної статистики. Фінлей був одним із засновників санітарного кодексу Куби. Кубинці вважають його національним Героєм Куби. Інституту тропічної медицини та Музею історії медицини Куби присвоєно його ім'я. У 1928 р. був заснований орден Фінлея, який присуджують за видатні заслуги в галузі охорони здоров'я. Помер 20 серпня 1915 р. на 82 році життя.

**3 грудня – 120 років** від дня народження **Адама Груци**, польського лікаря, хірурга-ортопеда. Народився в с. Майдан Сенявські (Польща). Закінчив гімназію в Ярославлі (1913). У 1913 р. вступив на медичний факультет Львівського університету і провчився до 1914 р. У 1914-1917 рр. – лікар австрійської армії, у 1918-1921 рр. – лікар польської армії, у 1921-1922 рр. продовжив навчання на медичному факультеті Львівського університету. У 1922 р. став доктором медицини. У 1921-1924 рр. – асистент кафедри загальної хірургії Львівського університету, у 1924-1928 рр. – старший асистент кафедри. У 1928 р. габілітовий доктор з хірургії. У 1928-1938 рр. – доцент кафедри. У 1931 р. стажувався в Болоньї та Нью-Йорку з хірургії. У 1938-1939 рр. – професор, завідувач кафедри загальної хірургії Львівського університету, водночас (1931-1939) – ординатор хірургічного відділу Львівського загального шпиталю; у 1940-1941 рр. – завідувач кафедри і клініки загальної хірургії Львівського медінституту; в 1941-1943 рр. – керівник клініки ортопедичних курсів у Львові; у 1944-1945 рр. – керівник амбулаторії Червоного Хреста у Кракові; у 1945-1947 рр. – директор Центрального інституту травматології, хірургії у Варшаві; 1947-1950 рр. – професор, завідувач кафедри і клініки хірургії Варшавського університету, 1950-1952 рр. – керівник кафедри і клініки хірургії. У 1952-1964 рр. керівник кафедри і III ортопедичної клініки Академії медицини у Варшаві.

Наукові інтереси вченого пов'язані з ортопедією, пластичною хірургією. Він розробив оригінальний стіл для ортопедичних операцій і ліжка для ортопедичних хворих, впровадив ортопедичні апарати для виправлення переломів, оригінальну шину для фіксації н/кінцівки, оригінальний метод лікування вродженого вивиху тазостегнового суглобу. А. Груца – автор близько 170 праць, 22 патентів на хірургічне обладнання. Він почесний член багатьох наукових товариств ортопедів і травматологів. Віце-президент (1963-1966), почесний член Міжнародного товариства хірургів-ортопедів і травматологів, член ПАН (1966). Нагороджений Золотим Хрестом заслуги (1948), державною нагородою ПНР II ст. (1951), Командорським Хрестом ордена Відродження Польщі (1954), орденом “Стандарт праці” I ст. (1957, 1977), Doctor Nonoris causa, Академії медицини Варшави (1975), Вроцлава (1982). Помер 3 червня 1983 р. на 90 році життя.

**4 грудня – 105 років** від дня народження **Альфреда Дея Херші**, американського генетика. Народився в Овосо (штат Мічиган). У 1930 р. отримав ступінь бакалавра природничих наук у Мічиганському державному коледжі. У 1934-1950 рр. працював у Вашингтонському університеті. З 1950 р. працював в Інституті Карнегі в Вашингтоні (з 1962 – директор відділу генетики). Основний напрямок наукових досліджень – молекулярна генетика.

Разом з М. Чейзом доказав генетичну важливість молекул ДНК фага в процесі проникнення в бактеріальну клітину. За допомогою ізотопних позначок прослідкував долю білка та ДНК фага при проникненні в клітину. Поштовхом до розмноження фага є проникнута в клітину фагова ДНК. Відкрив явище молекулярної гетерозиготності у фагів. Збудував сумісно з Р. Ротманом (1948) першу генетичну карту фага T2. Розшифрував механізм реплікації на генетичну структуру вірусу.

**У 1969 р. А. Херші, С. Лурія, М. Дельбрюк отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття, що стосуються механізму реплікації та генетики структури вірусів”.**

Помер А. Херші у 1997 р. на 89 році життя.

**11 грудня – 170 років** від дня народження **Генріха Германа Роберта Коха**, німецького лікаря та бактеріолога. Народився у Клаусталь-Целлерфельді (Німеччина). У 1862 р. закінчив гімназію і вступив до Геттингенського університету і в 1866 р. одержав медичний диплом. Через деякий час влаштувався лікарем у м.Раквіце і став відомим лікарем, але у 1870 р. розпочалася франко-пруська війна, був лікарем-добровольцем, працював у польовому госпіталі. У 1871 р. демобілізувався і став повітовим санітарним лікарем у Вольштейні, де були випадки захворювання сибіркою серед великої рогатої хвороби. За допомогою мікроскопії почав вивчати збудника хвороби і в 1876 та 1877 рр. опублікував статті, що привернули увагу відомих вчених, зокрема П. Ерліха. Це принесло Р. Коху визнання і в 1880 р. його призначили урядовим радником в Імперському відділенні охорони здоров'я в Берліні. 24 березня 1882 р. Р. Кох оголосив, що зумів виділити бактерію, яка викликає туберкульоз. Це принесло йому світову славу. Далі було відрядження в Єгипет та Індію з метою вивчення причин захворювання холерою. В Індії Р.Кох оголосив, що виділив мікроб, який викликає холеру. У 1885 р. Р.Кох став професором Берлінського університету і директором Інституту гігієни.

**У 1905 р. Р. Коху була присуджена Нобелівська премія з фізіології та медицини “за дослідження та відкриття, які стосуються лікування туберкульозу”.**

Р. Кох був удостоєний багатьох нагород, був почесним доктором декількох університетів, членом деяких академій, наукових товариств. Помер 27 травня 1910 р. на 67 році життя.

**14 грудня – 100 років** від дня народження **Миколи Олексійовича Юдаєва**, російського біохіміка. У 1940 р. закінчив Московський університет. З 1946 р. працював на кафедрі біохімії Московського медичного інституту, з 1951 р. – в Інституті біологічної і медичної хімії АМН СРСР. З 1953 р. очолював організовану ним лабораторію біохімії стероїдних гормонів і гормональної біорегуляції біохімічних процесів. З 1965 р. директор Інституту експериментальної ендокринології і хімії гормонів АМН СРСР. Наукові роботи присвячені вивченню обміну азотистих екстрактивних речовин м'язів та біохімії стероїдних гормонів. Досліджував дипептиди м'язів – карнозин і ансерин, їх розповсюдження, механізм біосинтезу, появу в процесі онто- і фологенезу, роз працював методи їх визначення. У 1950 р. здійснив синтез карнозина. Вивчав біосинтез стероїдних гормонів. Запропонував методи визначення кортикостероїдів у біологічних рідинах і тканинах. Проводив роботи по синтезу інсуліну. Один із засновників біохімії гормонів.

**16 грудня – 75 років** від дня народження **Збігнева Реліги**, польського лікаря, кардіолога, трансплантолога. Народився в м. Медневіці (Польща), У 1963 р. закінчив медичний факультет Варшавської медичної академії. У 1963-1964 рр. – хірург Варшавського шпиталю, у 1964-1966 рр. – військовий лікар, у 1966-1969 рр. – асистент хірургічного відділення Варшавського міського шпиталю, у 1969-1981 рр. – завідувач хірургічного відділення, у 1981-1984 рр. – доцент клініки кардіохірургії Варшавського інституту кардіології, у 1984-1999 рр. – завідувач кафедри і клініки кардіохірургії Сілезької медичної академії (м. Забже). Водночас, ректор Сілезької медичної академії, м. Катовіце (1997-1999), у 1998-2001 рр. – керівник 2-ї клініки кардіології Варшавського інституту кардіології, у 2001-2006 рр. – директор Варшавського інституту кардіології, з 2006 р. – міністр охорони здоров'я Польщі. Засновник-організатор

Польського товариства трансплантологів (1991), клінік кардіохірургії в Забже, Катовіце, Варшаві, Вроцлаві, Бялому Стоку (1982-2005), президент фундації розвитку кардіохірургії (1984), професор (1990), Доктор Honoris causa ЛМУ (1997), медичних академій у Бялому Стоку (1998), Катовіце (2000), університету в м. Ополе (2002). Наукові інтереси пов'язані з проблемами серцево-легеневої хірургії. Ініціатор програм трансплантації серця (1985), легенево-серцевої трансплантації (1986), хірургічного лікування серцевої недостатності (1986), використання штучного серця (1987), створення польських прототипів штучного серця, серцевих клапанів (1991), програми хірургічного лікування хронічної легеневої недостатності (1993).

Автор близько 160 наукових праць, в т.ч. підручника, 2 монографій, декількох патентів.

**17 грудня – 160 років** від дня народження **Еміля П'єра Поля Ру**, французького мікробіолога. Народився в Конфалані. У 1878 р. почав працювати в щойно створеній лабораторії Л. Пастера при хімічній лабораторії Вищої нормальної школи в Парижі. У 1878-1883 рр. препаратор, у 1883-1888 рр. – помічник завідуючого лабораторії. З 1888 р. – завідувач Пастерівського інституту, з 1893 р. – віце-директор інституту. З 1904 р. – директор цієї установи. Ру є одним із засновників цього інституту, одним із піонерів сучасної імунології та практичної серології. Перші праці Е.Ру виконані ним у співпраці з Л. Пастером, стосуються досліджень в галузі сибірки, сказу, правця, сифілісу. З самого початку діяльність Е.Ру була зосереджена на вивченні бактерійних токсинів та сироваток. Разом з Л. Пастером та Ш.Шамберланом він зробив вакцину проти сибірки, а згодом із Іерсеном працював з дифтерійними паличками та їх токсинами. На прикладі дифтерії показав роль бактерійних токсинів при інфекційних захворюваннях. Всі хворобливі стани, що викликаються дифтерією були відтворені Е. Ру в експерименті над тваринами шляхом введення їм дифтерійного токсину. Ці роботи принесли Е.Ру світову славу. Берінг запропонував антидифтерійну сироватку в Німеччині, а Е.Ру свою сироватку – у Франції. За відкриття антидифтерійної сироватки Е. Ру разом з Е.Берінгом отримали премію Паризької АН і медичної Академії.

**У 1901 р. Е Берінг отримав Нобелівську премію.** В Нобелівській лекції Е. Берінг офіційно визнав що сироваткова терапія була заснована на теорії, яку запропонували “**Леффлер у Німеччині та Ру у Франції**”.

Е. Ру був членом Французької медичної академії. Помер 10 листопада 1933 р. на 80 році життя.

**19 грудня – 110 років** від дня народження **Джорджа Дейвіса Снелла**, американського генетика. Народився в Бредфорді (штат Масачусетс). У 1922 р. Снелл вступив до Дартмут-коледжу і в 1926 р. одержав ступінь бакалавра наук і почав вивчати генетику в Гарвардському коледжі. Докторську дисертацію Снелл захистив у 1930 р. У 1933 р. Снелл став асистент-професором у Вашингтонському університеті в Сент-Луїсі. У 1935 р. був співробітником Джексоновської лабораторії (штат Мен). Упродовж перших років роботи у Джексоновській лабораторії Снелл досліджував мутації,що викликані радіаційним опроміненням. У 1937 р. дослідник з Лондона Пітер Горер виявив, що в реакції відторгнення трансплантата у мишей бере участь білок, який він назвав антигеном II. У 1946 р. Горер перейшов у Джексоновську лабораторію, щоб працювати разом із Снеллом. Снелл провів дослідження із пересадки тканин на чистих лініях мишей. Сформулював основні генетичні закони сумісності тканин, які пояснюють відторгнення чужих тканин при пересадці. Показав роль активності генів в процесах приживлення та відторгнення тканин і в регуляції імунних реакцій організму.

**У 1980 р. Снелл, Досе та Бенасерраф отримали Нобелівську премію “за відкриття, що стосуються генетично детермінованих структур на клітинній поверхні, які регулюють імунні реакції”.**

Д.Д. Снелл був удостоєний багатьох нагород, був обраний членом різних академій, наукових товариств. Помер у 1996 р. на 93 році життя.

**21 грудня – 110 років** від дня народження **Олександра Івановича Арутюнова**, вірменського нейрохірурга. Народився в Єревані. У 1929 р. закінчив медичний факультет Північно-Кавказького університету (Ростов-на-Дону). Працював лікарем рай лікарні в Марійській АРСР (1929-1930), хірургом в клініці М.О. Богораза в Ростові-на-Дону (1930-1932). У 1932 р. поступив в аспірантуру при клініці М.Н. Бурденка, після закінчення якої працював в Інституту нейрохірургії (до 1941), одночасно працював у ЦІУ лікарів доцентом, а також завідувачем нейрохірургічного відділення в лікарні ім. С.П. Боткіна. Під час боїв в районі Халхін-Гола (1935) і радянсько-фінської війни (1939-1940) працював лікарем в діючих арміях. Під час війни 1941-1945 рр. О.І. Арутюнов працював армійським хірургом 6-ої та 9-ої армій Північного фронту, головним хірургом Північно-Кавказького фронту (1941-1943), головним хірургом Південно-Західного та 3-го Українського фронтів (1943-1944), хірургом-консультантом ГВСУ (1945). З 1945 р. завідував кафедрою нейрохірургії Київського Інституту удосконалення лікарів, в 1950 р. очолив організованим ним Український НДІ нейрохірургії. З 1964 р. був директором Інституту нейрохірургії ім. М.Н. Бурденка АМН СРСР,

О.І. Арутюнов – автор понад 200 наукових праць, в т.ч. 4 монографій. Один з основних напрямків його досліджень – судинна патологія головного мозку, розробка методів її діагностики та лікування. Особливу увагу приділяв питанням військово-польової хірургії.

О.І. Арутюнов був головою Всесоюзного наукового товариства нейрохірургів (1964), головою Всесоюзної проблемної комісії “Хірургія нервової системи”, з 1969 р. – почесний президент Всесвітньої федерації наукових нейрохірургічних товариств. У 1954 р. він отримав почесне звання “Заслужений діяч науки і техніки УРСР, в 1967 р. був обраний академіком АМН СРСР, у 1974 р. нагороджений званням “Герой Соціалістичної праці”. Був нагороджений орденами та медалями СРСР. Помер 5 червня 1975 р. на 72 році життя.

**22 грудня – 175 років** від дня народження **Олександра Яковича Данилевського**, російського біохіміка. Народився у Харкові. У 1860 р. закінчив Харківський університет. З 1863 р. – професор медичної хімії та фізіології Казанського університету. У 1878 р. пішов у відставку на знак протесту проти переслідування П.Ф. Лесгафта. Виїхав за кордон, де працював у лабораторії Р. Вірхова, Е. Дюбуа-Реймона. З 1885 р. – професор Харківського університету, з 1892 р. – завідувач кафедри фізіологічної хімії Військово-медичної академії в Петербурзі. В 1906-1910 рр. – ректор ВМА.

Наукові роботи присвячені питанням хімії білків та протеолітичних ферментів, харчування. Здійснив поділ ферментів підшлункової залози – амілази та трипсину. Доказав гідролітичне розщеплення білків під дією соку підшлункової залози. У 1878 р. відкрив зворотну дію протеолітичних ферментів. Розробив метод екстракції з м'язів білка міозину. Запропонував першу наукову класифікацію білків мозку. Висловив припущення про наявність в білку групи NH-CO, тобто існування пептидного зв'язку. Запропонував теорію будови білкової молекули – теорію елементарних рядів. Вивчав харчову цінність білків рослинного та тваринного походження. Разом з В.Я. Данилевським заснував журнал “Физиологический сборник” (1888). Помер 18 липня 1923 р. на 85 році життя.

**22 грудня – 110 років** від дня народження **Хелдена Кеффлера Хартлайна**, американського фізіолога та біохіміка. Народився в Блумебурзі (штат Пенсильванія). У 1923 р. закінчив Лафайєтський коледж в Істоні. У 1927 р. отримав звання доктора медицини в Університеті Дж. Гопкінса в Балтиморі, далі була спеціалізація за кордоном. Один семестр навчався в Лейпцизькому університеті, упродовж двох семестрів – в університеті Мюнхена. У 1931-1942 рр. працював у Корнельському університеті, в 1943-1953 рр. – професор Джонсівського інституту; з 1948 р. – завідувач відділом біофізики Університету Дж. Гопкінса. З 1953 р. – професор Рокфеллерівського інституту медичних досліджень в Нью-Йорку. Основні наукові роботи пов'язані з проблемою метаболізму нейронів і особливостей функціональної діяльності клітин сітківки ока.

У 1967 р. Х.К. Хартлайн разом з Р. Гранітом та Д. Уолдом отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини “за відкриття основних фізіологічних і хімічних зорових процесів”.

Серед численних премій та нагород Х.К. Хартлайн отримав медаль Г. Кросбі Уорена Американського товариства психологів-експериментаторів (1948), премію А.Майкельсона Технологічного інституту. Він був удостоєний почесних ступенів багатьох академій, університетів, товариств. Помер 17 березня 1983 р. на 80 р. життя.

**26 грудня – 135 років** від дня народження **Володимира Іполітовича Терebinського**, російського лікаря. Середню освіту здобув у Сімферопольській гімназії. У 1898 р. вступив до Санкт-Петербурзької медичної академії, яку закінчив у 1903 р. і був залишений на 3 роки для вдосконалення знань. У 1904 р. виконував обов’язки ординатора в сифілідологічній клініці професора Т.П. Павлова. У 1904-1905 рр. склав іспити на здобуття наукового ступеня доктора медицини. У 1906 р. захистив докторську дисертацію. У 1907-1908 рр. пройшов стажування з мікробіології в Інституту Пастера в Парижі. Роботу закінчив в лабораторії проф. Нейсера в Бреслау (Німеччина). У 1909 р. В.І. Терebinського обрано приват-доцентом Військово-медичної академії, працював у клініці проф. Т.П. Павлова. У 1912 р. перевівся екстраординарним професором Миколаївського університету на кафедру систематичного і клінічного вчення про шкірні та сифілітичні хвороби. У Миколаївському університеті (М. Саратов) організували кафедру дерматології та сифілідології. У червні 1915 р. В.І. Терebinського обрали ординарним професором цього університету. У квітні 1917 р. за конкурсом обраний на посаду завідувача кафедри сифілідології та дерматології медичного факультету Київського університету св. Володимира. У Києві щороку змінювалася влада. У 1920 р., коли біла армія почала відступати, В.І. Терebinський із сім’єю емігрував до Югославії, оселився в Белграді і почав працювати консультантом у військовому госпіталі. У 1926 р. в Белграді вийшла його книга “Сифилис и борьба с ним”, в якій він констатує, що у В.І. Леніна був сифіліс мозку: “Если Господь пошлет нам возвратиться на родные наши пепелища, нам предстоит долгий и тяжелый труд восстановления всего разрушенного, ликвидации того наследства, которое нам достанется от происходящего сейчас безумия, рожденного значительной степени безумием пораженного сифилисом мозга. Неизвестно также, могло ли получить столь широкое и быстрое распространение учение Ленина-Ульянова – “ленинизм” с его планетарным геростратовским размахом, если бы его мозг не был основательно поражен сифилисом...”.

В.І. Терebinського запросили в Загреб очолити кафедру, але він відмовився і в 1927 р. переїхав у Париж. В Парижі він виступав з публічними лекціями, був членом Товариства бувших вихованців Імператорської військово-медичної академії. В 1949 р. був обраний заступником голови товариства, був членом товариства російських лікарів імені А. Мечнікова. У Франції В.І. Терebinський опублікував 45 наукових праць. Він був професором університету в Парижі. Помер 10 березня 1950 р. на 72 році життя.

**28 грудня – 185 років** від дня народження **Карла Людвіга Кальбаума**, німецького психіатра. Викладав у Кенігсберзькому університеті. Понад 30 років керував психіатричною лікарнею в Герліці, яка дякуючи його діяльності отримала світове визнання. Саме тут він заснував спеціальний заклад для відсталих і психічно хворих дітей. В своїх наукових працях виступав проти панівного в психіатрії того часу симптоматологічного напрямку. Цей напрямок не був зрозумілим сучасникам. Визнання прийшло через чверть віку в нозологічному вченні Е.Крепеліна, К. Кальбаум вже у 1863 р. обґрунтував нозологічний принцип, він вперше в історії психіатрії дав біологічне розуміння хвороби, що містить фізіологічну і психопатологічну симптоматологію, перебіг та завершення і відмежував її від чисто клінічної картини, для якої ввів поняття “симптомокомплекс”. Під впливом К.Л. Кальбаума Геккер (1843-1899) описав гебефренію як самостійну нозологічну форму. У 1874 р. була надрукована монографія К.

Кальбаума про кататонію, в якій описана ця клінічна форма. Помер 15 квітня 1899 р. на 71 році життя.

**31 грудня – 345 років** від дня народження **Германа Бургаве**, голландського лікаря, ботаніка, хіміка. Народився в с.Ворхаут (біля Лейдена). Навчався в Лейденському університеті. З 1690 р. – доктор філософії, з 1693 – доктор медицини. З 1709 р. працював у Лейденському університеті. Керував кафедрами медицини і ботаніки, хімії, практичної медицини. В каталозі Лейденського ботанічного саду за 1709 р. Г. Бургаве описав та класифікував нові види рослин. Він першим застосував у клінічних дослідженнях термометр і лупу; пробував узгодити результати анатомічних і фізіологічних досліджень з практичним досвідом, віддаючи перше місце клініці. Його девізом було “Клінічною зветься медицина, що спостерігає хворих біля їхнього ложа”. Великої популярності набув підручник “Основи хімії” (тт. 1-2, 1732), в якому Г. Бургаве систематизував хімічні знання того часу. Створив першу наукову клініку. Серед учнів Бургаве відомі А.Галер, Г. ван Світен, Ж. Ламетрі. Був противником алхімії. Показав, що ртуть при тривалому нагріванні (15 років) та при багаторазових перегонках не змінюється. Застосував в лікарській практиці глауберову сіль, сурму та ртуть. Видав твори Я. Сваммердама “Біблія природи” (1738-1739). Г. Бургаве був членом Паризької АН (з 1731). Лондонського королівського товариства (з 1730). Помер 23 вересня 1738 р. на 70 році життя.

**31 грудня – 115 років** від дня народження **Арама Яковича Абрамяна**, вірменського лікаря, уролога. Народився у Тбілісі. У 1918 р. закінчив гімназію і вступив на медичний факультет Московського університету, після закінчення якого з 1924 р. по 1929 р. працював в урологічній клініці 2-го Московського університету. У 1929 р. перейшов працювати в Московський обласний клінічний інститут (“МОНІКИ”), одночасно був асистентом клініки урології Московського медінституту МОЗ РРФСР. У 1938 р. захистив кандидатську дисертацію. Під час радянсько-фінської війни працював завідувачем урологічного відділення одного із госпіталів Ленінграду. Під час війни 1941-1945 рр. працював провідним урологом евакогоспіталів у Вірменській РСР. У 1946 р. захистив докторську дисертацію. У 1949-1975 рр. А.Я. Абрамян очолював урологічну клініку “МОНІКИ”. Вперше в державі в цій клініці почали застосовувати методи рентгенокінемаграфії та радіоізотопної діагностики, впроваджені в практику вітчизняний апарат для літотріпсії “Урат-1”. А.Я. Абрамян надрукував близько 100 наукових робі, в т.ч. 2 монографії. У 1969 р. отримав звання Героя Соціалістичної Праці. У 1976 р. став лауреатом Державної премії СРСР. Помер у 1990 р. на 92 році життя.

**31 грудня – 110 років** від дня народження **Зенона Марселя Бака**, бельгійського фізіолога, фармаколога радіобіолога. Народився в Ла-Лувері. У 1927 р. закінчив Брюссельський університет. У 1929-1930 рр. працював у Гарвардській медичній школі (США). З 1934 р. – професор Льежського університету. Досліджував (1931) разом з У.Б. Кенноном хімічну передачу збудження в симпатичній нервовій системі. Передбачив, що медіатором адренергічних нервів є норадреналін. Досліджував у 1941-1945 рр. дію бойових отруйних речовин на організм тварин. Встановив радіозахисні властивості цистеїну. Запропонував біологічні тести для виявлення дії малих доз радіації і розпрацював засоби профілактики променевої хвороби. Засновник порівняльної фармакології.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук, думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Конорский Юрий Маврикиевич]. – С. 319-320.
2. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Реклінггаузен Фрідріх Даніель фон]. – С. 103-104.
3. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук, думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Петтенкофер Макс Йозеф фон]. – С. 495.

4. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА“Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Петтенкофер Макс]. – С. 220.
5. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наук, думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Финлей (Финлей и Баррес) Карлос Хуан]. – С. 653-654.
6. Яцкевич Я. Груца Адам / Я. Яцкевич, І. Білінська // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів-Наутітус, 2009. – С. 94-95.
7. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наук, думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Херши Алфред Дей]. – С. 668-669.
8. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: Біогр. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куц. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Кох (Koch) Роберт]. – С. 167-169.
9. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наук, думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Юдаев Николай Алексеевич]. – С. 731.
10. Павловський М. Реліга Збігнев / М. Павловський, 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-Наутітус, 2009. – С. 283-284.
11. БМЭ. В 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.28: Ревматизм-Румыния. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1962. – 1248 с. – Из содерж.: [Ру Эмиль Пьер Поль]. – С. 1218.
12. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: Біогр. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куц. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Снелл (Snell) Джордж Д]. – С. 297-300.
13. Кузьмин М.К. Ученые-медики – Герои Социалистического Труда / М.К. Кузьмин. – М.: Медицина, 1988. – 200 с. – Из содерж.: [Арутюнов Александр Иванович]. – С. 108-109.
14. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наук, думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Данилевский Александр Яковлевич]. – С. 209.
15. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: Біогр. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куц. – Ужгород: ВАТ “Вид-во “Закарпаття”, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Хартлайн (Hartline) Х.Кефер]. – С. 357-359.
16. Коляденко К.В. Сторінками історії. До 130-річчя від дня народження Володимира Іполітовича Терebinського (1878-1953) / К.В. Коляденко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. – №1. – С.100-101
17. БМЭ. В 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.12: Калифорния-Клеол. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1959. – 1120 с. – Из содерж.: [Кальбаум Карл Людвиг]. – С. 20.
18. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наук, думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Бургаве Герман]. – С. 104.
19. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: РВА“Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Бургаве (Бургав) Герман]. – С. 126.
20. Кузьмин М.К. Ученые-медики – Герои Социалистического Труда / М.К. Кузьмин. – М.: Медицина, 1988. – 200 с. – Из содерж.: [Абрамян Арам Яковлевич]. – С. 117-118.
21. Біологи: біогр. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наук, думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Бак Зенон Марсель]. – С. 36.



**КОСТЯНТИН ІВАНОВИЧ СКРЯБІН**

**До 135-річчя від дня народження**



Костянтин Іванович Скрябін народився 7 грудня 1878 р. в Петербурзі в сім'ї залізничника. У 1905 р. закінчив Юр'євський ветеринарний інститут. Під час навчання в інституті одночасно був слухачем Природничого відділення Юр'євського університету. Отримавши диплом, виїхав працювати ветеринарним лікарем в Середню Азію. (м. Аліє-Ата). Під час роботи звернув увагу на гельмінтозні захворювання сільськогосподарських тварин. Зібрав величезний матеріал, для обробки якого був направлений у відрядження за кордон (1912-1914 рр.).

У 1914-1917 рр. працював у Петербурзі. З 1917 р. став професором першої в Росії кафедри паразитології Донського ветеринарного інституту (Новочеркаськ).

У 1920 р. К.І. Скрябін переїхав в Москву, де за його ініціативою та при безпосередній участі були створені перші в Росії спеціалізовані науково-дослідні гельмінтологічні установи медичного, ветеринарного та загальнобіологічного напрямків. У 1920 р. К.І. Скрябін очолив кафедру паразитології Московського ветеринарного інституту, одночасно в 1920-1956 рр. вчений був завідувачем гельмінтологічного відділу Державного інституту експериментальної ветеринарії, реорганізованого у 1931 р. у Всесоюзний інституту гельмінтології.

У 1922 р. К.І. Скрябін заснував постійну комісію по вивченню гельмінтофауни, яка в 1940 р. була реорганізована у Всесоюзне наукове товариство гельмінтологів. В 1921-1949 рр. Костянтин Іванович працював завідувачем гельмінтологічного відділу Тропічного інституту (реорганізованого в Інститут медичної паразитології та тропічної медицини ім. Є.І. Марциновського. З 1942 р. К.І. Скрябін керував гельмінтологічною лабораторією АН СРСР. В 1943-1952 рр. він був головою Президії Киргизького філіалу АН СРСР.

В 1956-1961 рр. був обраний віце-президентом ВАСГНІЛ.

Під керівництвом К.І. Скрябіна проведено понад 320 гельмінтологічних експедицій, що зіграли важливу роль у вивченні гельмінтофауни СРСР, підвищенні знань медичних та ветеринарних фахівців, в організації боротьби з гельмінтозами серед населення та тварин.

Важливу роль в реалізації боротьби з гельмінтозами мають розроблені К.І. Скрябіном принципи дегельмінтизації та девастації, на підставі яких державними органами здійснювались заходи із ліквідації та зниження найбільш небезпечних і розповсюджених гельмінтозів людини та сільськогосподарських тварин. В результаті цих експедицій було описано понад 500 нових видів гельмінтів, в тому числі особисто

К.І. Скрябіним описано понад 200 нових гельмінтів. Вчений опублікував понад 700 наукових праць. Весь матеріал вчений систематизував за 3-ма великими розділами: трематоди тварин та людини; нематоди та цестоди. Результати досліджень опубліковані в багатотомних монографіях: “Трематоды животных и человека” (1947-1978; тт. 1-26), “Основы нематодологии” (1949-1961; тт. 1-10). Він розпрацював принципи, методи та організацію боротьби з гельмінтозами.

К.І. Скрябіним написано декілька підручників та керівництв з гельмінтології.

У 1935 р. К.І. Скрябін був обраний академіком ВАСГНІЛ, в 1939 р. – академіком АН СРСР, в 1944 р. – академіком АМН СРСР, в 1956 р. – почесним членом АН КирРСР, у 1962 р. – почесним членом АН УзРСР.

К.І. Скрябін був почесним членом АН НРБ, УНР, ПНР, ЧССР, СФРЮ, Франції, почесним членом наукових товариств багатьох держав. Ще в 1927 р. йому присвоєно почесне звання “Заслуженого діяча науки РРФСР”, він був удостоєний звання Лауреата Сталінської премії в 1941, 1950 рр., Ленінської премії (1957), нудостоєний звання Героя Соціалістичної Праці (1958).

У 1949 р. К.І. Скрябін нагороджений Золотою медаллю АН СРСР ім. І.І. Мечнікова.

Костянтин Іванович Скрябін помер 17 жовтня 1972 р. на 94 році життя.

Його ім'я присвоєно Всесоюзному інституту гельмінтології (нині ВРНДІГ ім. К.І. Скрябіна), Московській ветеринарній академії (нині МДАВМБ), Киргизькому сільськогосподарському інституту.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Шихобалова Н. Скрябин Константин Иванович / Н. Шихобалова // БМЭ. В 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.30: Серотонин-Spina ventosa. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1963. – С. 605-607.
2. Шишков В.П. Скрябин Константин Иванович / В.П. Шишков // БСЭ. В 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.23: Сафлор-Соан. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1976. – С. 1584-1585.
3. УРЕ в 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан. – Т.10: Салют-Стоговіз. – 2-е вид. – К.: УРЕ, 1983. – 544 с. – Зі змісту.: [Скрябін Костянтин Іванович]. – С. 239-240.
4. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук, думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Скрябин Константин Иванович]. – С. 577.
5. Кузьмин М.К. Ученые-медики – Герои Социалистического Труда / М.К. Кузьмин. – М.: Медицина, 1988. – 200 с. – Из содерж.: [Скрябин Константин Иванович]. – С. 150-151.

**ОЛЕКСАНДР ІВАНОВИЧ ЄВДОКИМОВ**

**До 130-річчя від дня народження**



Олександр Іванович Євдокимов народився 8 грудня 1883 р. в с. Нова Слобода Курської губернії в селянській родині. В 1898 р. з відзнакою закінчив Щигровське міське повітове училище, вступив в Курську земську фельдшерську школу, яку закінчив у 1902 р. і отримав посаду фельдшера в с. Штевець Курської губернії, де працював в Земській лікарні.

У 1909 р. вступив до Московської зуболікарської школи доктора Вільга, яку закінчив у 1912 р. і був залишений для викладацької роботи. З 1913 р. по 1918 р. О.І. Євдокимов працював асистентом в цій школі і одночасно зубним лікарем в госпіталі.

У 1913 р. з'явилася його перша наукова публікація “Краткие основы диагностики и терапии зубов”. У 1914 о. О.І. Євдокимов поступив на Вищі медичні курси в м. Юр'єві, які згодом були переведені у Воронежський університет. У 1914 р. з відзнакою завершив навчання в університеті, організував дитячу зуболікарську амбулаторію і працював в ній.

У 1920 р. О.І. Євдокимов був мобілізований в лави Червоної Армії, де пройшов шлях від старшого полкового лікаря до помічника дивізійного лікаря. Був старшим лікарем полку під Перекопом, бригадним лікарем на польському фронті, служив на посаді помічника начальника санітарної частини 25 Чапаєвської дивізії. Після демобілізації він працював ординатором кафедри одонтології медичного факультету 2-го Московського університету. Через 1 рік його обрали асистентом кафедри одонтології в 3-му Московському університеті. Але О.І. Євдокимова привабила наукова і педагогічна робота.

У 1922 р. у Москві створено Державний інститут зуболікування і за ініціативою П.Г. Дауге в січні 1923 р. директором ДІЗу був призначений О.І. Євдокимов. На цій посаді О.І. Євдокимов працював до 1930 р. В ці роки проявився його талант організатора, керівника, викладача, лікаря.

У 1927 р. ДІЗ був реорганізований в Державний інститут стоматології та одонтології (ДІСО). Нарком охорони здоров'я РРФСР М.О. Семашко запропонував створити в інституті кафедру стоматології на чолі з І.О. Євдокимовим. Йому присвоїли звання професора без захисту докторської дисертації.

У 1930 р. О.І. Євдокимов завідував аж трьома кафедрами стоматології, які він сам організував: в Центральному інституті удосконалення лікарів, Воронежському медичному та в 2-му Московському медичних інститутах.

У 1937 р. О.І. Євдокимовим були організовані в МСІ кафедри терапевтичної, хірургічної та ортопедичної стоматології. В цьому ж році Олександр Іванович керував кафедрою терапевтичної стоматології, а з 1938 р. керував кафедрою хірургічної стоматології 25 років.

Термін навчання в медичних вузах збільшився до 5 років. З часом з'явилися нові стоматологічні навчальні заклади, кафедра стоматології дитячого віку на стоматологічних факультетах, у функціональні обов'язки лікаря-стоматолога включалася хірургія щелеп і

обличчя. Багато часу Олександр Іванович приділяв розробці різних методичних та навчальних програм і курсів із стоматології, залучав до спільної роботи фахівців інших галузей (фізіологів, біохіміків, мікробіологів, патологоанатомів).

2 квітня 1941 р. на Вченій раді 2-го Московського медичного інституту О.І. Євдокимов захистив докторську дисертацію на тему: “Клиника и патогенез пародонтоза”. З початком війни 1941-1945 рр. Олександр Іванович консультував Головне управління евакогоспіталів, лікував поранених в своїй клініці, а також в інших відділеннях та госпіталях. В інституті він організував відділення щелепно-лицевої хірургії. Результатом цієї роботи стало повернення до нормального життя 85,1% солдатів, поранених в щелепно-лицеву ділянку голови.

О.І. Євдокимов був ініціатором створення Центрального науково-дослідного інституту стоматології, в якому упродовж 1963-1968 рр. працював заступником директора.

У 1956 р. О.І. Євдокимов отримав почесне звання “Заслуженный діяч науки РРФСР”, а в 1957 р. його обрали членом-кореспондентом АМН СРСР. У 1963 р. йому присвоєно звання Героя Соціалістичної Праці.

О.І. Євдокимов був автором понад 150 наукових праць, в тому числі підручників, монографій. Суттєвий внесок вчений зробив у галузі військової стоматології. Достатньо згадати його роботу “Организация помощи челюстно-лицевым раненым в эвакогоспиталях Союза ССР” (1942). Проблеми відновної хірургії знайшли своє відображення в підручнику “Хирургическая стоматология” (1959,1964).

Багато уваги О.І. Євдокимов приділяв хірургічному лікуванню переломів щелеп (операція накладання проволочного шва, клейовий остеосинтез), новоутворам щелеп та слинних залоз, проблемам реконструктивної хірургії.

Велика заслуга Олександра Івановича в організації стоматологічної освіти в СРСР. Він був ініціатором створення кафедри та клініки стоматології в Воронежському медінституті (1932), стоматологічної клініки у 2-му Московському медичному інституті (1934) кафедри і клініки хірургічної стоматології в Московському медичному стоматологічному інституті (1936). Брав участь в розробці планів і програм для стоматологічних вузів.

О.І. Євдокимов створив наукову школу стоматологів. Під його керівництвом захищено 15 докторських та 55 кандидатських дисертацій. Він був почесним головою Всесоюзного, Всеросійського, Українського та Московського товариств стоматологів, почесним членом товариства стоматологів БНР, Чехословацького медичного товариства ім. Я. Пуркіне.

Він був нагороджений орденами і медалями СРСР.

Помер 1 вересня 1979 р. на 96 році життя.

## ЛІТЕРАТУРА

22. Рубин Л. Евдокимов Александр Иванович / Л. Рубин // БМЭ. В 36 т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.9: Десна-Желток. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1959. – С. 967.
23. БМЭ. В 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. – Т.8: Дебитор-Евкалипт. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1972. – 592 с. – Из содерж.: [Евдокимов Александр Иванович]. – С. 585.
24. Кузьмин М.К. Ученые-медики – Герои Социалистического Труда / М.К. Кузьмин. – М.: Медицина, 1988. – 200 с. – Из содерж.: [Евдокимов Александр Иванович]. – С. 143-144.

## МІШЕЛЬ ДЕ НОТРАДАМ (НОСТРАДАМУС)

### До 510-річчя від дня народження



Мішель де Нотрдам (Ностардамус) народився 14 грудня 1503 р. в містечку Сен-Ремі (провінція Прованс). Його діди – П'єр Нострадам та Жан де Сент Ремі були впливовими лікарями, що займали високе становище, лікували герцогів та королів. У 1502 р. обидва діди Ностардамуса, його мати Рені, батько Жак Ностардам, нотаріус з багаточисельною клієнтурою перейшли з юдаїзму до католицизму. Але зробили це вони не з доброї волі, а під загрозою примусового відлучення від професії та вигнання з Провансу. Тому, син Жака та Рені, Мішель де Нотрдам сам у християнство не переходив, а народився католиком.

Доля Нострадамуса склалася так, що він став символом євреїв, що перейшли у християнство. Навчальну освіту Мішель отримав під керівництвом свого діда, Жана де Сент Ремі, який працював лейб-медиком Рене Доброго, графа Прованса.

У 1519 р. Мішель поїхав у Авіньйон, щоби отримати загальну освіту. В 1522-1525 рр. він вивчав медицину в університеті Монпельє.

Ще, не ставши бакалавром, Мішель де Нотрдам вирішив, що його покликання – це боротьба з епідеміями і тому почав мандрувати по Франції. Він вважав, що чуму викликають хвороботворні чинники, використовував лікарські рослини. У 1529 р. Мішель де Нотрдам повернувся у Монпельє і продовжив заняття медициною, щоб отримати диплом лікаря. Отримавши диплом, довго не залишився у Монпельє і в 1532 р. знову вирушив в дорогу: Бордо, Ля Рошель, Тулуза – це етапи його мандрівок. В Тулузі він отримав лист від Жюля Скалігера, лікаря, відомого діяча, вченого, який запросив свого колегу приїхати в Ажан. Мішель де Нотрдам зупинився в Ажані, одружився, у нього народилося 2 дітей. Він користувався повагою людей, але доля відвернулася від нього: від невідомої хвороби померла дружина та діти. До цього додалася сварка із Ж. Скалігером. Мішель де Нотрдам залишає Ажан і в 1538-1545 рр. мандрує по південнозахідній Європі. У 1545 р. він з'явився у Марселі і працював помічником лікаря Луї Серра, який очолив боротьбу з епідемією. У 1546 р. Мішеля де Нотрдама запросили очолити боротьбу з епідемією в Ексі та Провансі. Вочевидь, не лише рослинні препарати, але й санітарні та профілактичні заходи допомогли лікарю виграти битву з епідемією. За перемогу над епідемією муніципалітет Екса нагородив його довічною пенсією. З 1547 р. Мішель де Нотрдам почав жити в Салоні – невеличкому містечку, між Авіньйоном і Марселем. Тут він одружився на вдові Ганні Понсар-Джамелі і в нього з'явилося 6 дітей: 3 синів та 3 дочки.

Слава Мішеля як лікаря зросла. В червні 1550 р. Мішель де Нотрдам випустив свій перший астрологічний щоденник, але на нього майже не звернули уваги. У 1555 р. лікар надрукував свою першу частину книги, яку назвав Пророцтва. Книга складалася з 10 розділів – Центурій або Століть. В цих центуріях Мішель де Нотрдам описав передбачені майбутні події наступних століть.

Після шаленого успіху першого видання “Центурій” у 1555 р. Мішеля де Нотрдама запросили у Париж в палац короля Генріха II та Катерини Медичі. Його приймав герцог Енн Монморансі, королева Катерина Медичі, король Генріх II, щедро його обдарували.

Ввечері 16 липня 1566 р. його секретар, прощаючись з ним сказав: “До завтра, майстер”, на що Нострадамус відповів: “Завтра на світанку мене не буде”. “Хіба Ви дест від’їжджаєте? – Ні, я помру”.

17 липня 1566 р. великий Пророк Ностардамус помер.

Ностардамуса поховали в труні, яка була поставлена вертикально в стіну церкви Кордельєрос у Салоні.

У 1700 р. францисканський монастир у Салоні вирішено було перебудувати. Фундамент нової будови виявився під вітарем каплички Пресвятої Діви Марії, де були труна Ностардамуса та його сина Цезаря. Викликали єпископа, попросили відкрити склеп. Знайшли скелет з мідною пластинкою, на якій були вигравірувані вірші (в перекладі В. Завалишина, 1974 р., Нью-Йорк):

“Проклятье тем, кто клятву преступил в безумстве

Пророка погребенного тревожа прах

Я называю точно год, день, час кошунства

Виновных в том, преследует пусть лютый страх”.

(Внизу: рік, день, година 1700 року)

У 1793 р. гвардійці в монастирі розбили мармурову плиту, витягнули зі стіни труну Нострадамуса і старший гвардієць випив вина з черепа Пророка, думаючи, що отримає дар пророцтва. На другий день ці гвардійці наштотхнулися на засідку роялістів і в перестрілці старший гвардієць був вбитий.

Більшість сучасних вчених, що вивчали пророцтва Ностардамуса вважають, що в цих віршах-катренах, співпадіння пророцтв з реальними подіями складає 70-85%.

Ось як Мішель Нострадамус описує Жовтневий переворот 1917 р. в Росії, який зробили більшовики: **“Восстанут нове Ксэрксы и Атиллы с неисчислимым воинством, которые будут уничтожать людей под воздействием страшной красной секты, одной из самых кровавых. И будут страшные бедствия для многих народов, окружающих это сатанинское государство. А хуже всего будет народам Тартарии, которые вынуждены будут терпеть это правление. И мир переживет две большие войны ... И продлится этот ужас 73 года и 7 месяцев”.**

Дійсно, весь період радянської історії від остаточної перемоги соціалістичної революції (від січня 1918 р. до 19 серпня 1991р.) займає термін, геніально побачений Мішелем Нострадамусом. Достатньо лише цих трьох пророцтв Нострадамуса, щоб назавжди увійти в число геніальних провидців Землі.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Пророчество Мишеля Нострадамуса / Пер. с франц. В.Б. Бурбело, Е.А. Соломарская. – К.: Лыбидь, 1991. – 293 с.
2. Хоуг Д. Нострадамус. Новые откровения / Д. Хоуг. пер. с англ. А. Блейз. – М.: Крон-Пресс, 1998. – 352 с.
3. Курбатов В.И. Великие пророки и прорицатели мира / В.И. Курбатов. – М.: ЭКСМО, Ростов-н/Д: Наука-Пресс, 2006. – 416 с. – Из содерж.: [Таинственные пророчества Нострадамуса]. – С. 210-240.
4. 100 великих феноменов / Авт.-сост. Н.Н. Непомнящий. – М.: Вече, 2007. – 480 с. – Из содерж.: [Мишель Нострадамус: Человек, видевший конец света]. – С. 26-29.

**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 22 (88)

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

**С.Д. Бабляка** – кардіолога ЛОКЛ

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

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

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

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

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

Підписано до друку 06.10.2013  
Формат 60\*84/8. Папір офсетний  
Гарнітура Times New Roman  
Друк цифровий.  
Ум. друк. арк. 9,3. Фіз. друк. арк. 10.  
Наклад 90 прим.