

**ОСОБЛИВОСТІ ЗИМОВОГО КАЛЕНДАРНОГО ЦИКЛУ  
ПОКУТ'ЯН В СТУДІЯХ ПОЛЬСЬКИХ ДОСЛІДНИКІВ  
ДРУГОЇ ПОЛОВИНИ ХІХ – ПОЧАТКУ ХХ СТ.**

Лілія ТРИНЯК,

Прикарпатський національний університет ім. В. Стефаника,  
Івано-Франківськ (Україна)  
efimova.7@mail.ru**WINTER HOLIDAYS CYCLE OF POKUTTIA IN THE  
STUDIES OF POLISH RESEARCHERS IN THE SECOND  
HALF OF XIX - EARLY XX CENTURY**

Liliya TRYNYAK,

Vasyl Stefanyk Precarpathian National University,  
Ivano-Frankivsk (Ukraine),  
RESEARCHERID C-4894-2017  
OCID ID 0000-0002-2066-5400

**Трыняк Лілія. Особенности зимнего календарного цикла покутян в исследованиях польских ученых второй половины XIX - начала XX в.** В статье рассматривается зимняя календарная обрядность, в научном наследии польских исследователей А. Кольберга, К. Мрочко, Л. Вайгеля второй половины XIX - начала XX в. Освещены обычаи и обряды рождественско-новогоднего цикла, которые бытовали на Покутье, а именно в Коломыйском, Снятинском, Городенковском, Тлумацком районах. Установлено, что основными комплексами рождественско-новогоднего цикла у покутян были обрядовый стол, культ предков, хозяйственная и семейная магия, величальные обходы и поздравления (колядование, шедрование, засева).

**Ключевые слова:** Покутье, рождественско-новогодняя обрядность, польские исследователи, А. Кольберг, К. Мрочко, Л. Вайгель.

**Вступ.** Однією з найважливіших ділянок духовної культури українців є календарна обрядовість, яка посідає значне місце у світогляді та віруванні нашого народу. Саме з цієї причини комплекс календарної звичаєвості завжди рівнинній частині Івано-Франківської і Чернівецької областей. Основне заняття населення Покуття – хліборобство. З огляду на географічне розташування району, тут створилася своєрідна культура і побут, яка характерна для перехідної зони, що проходить між гірською і лісостеповою територіями України. Починаючи з кінця ХІХ ст., ця багата з етнографічного погляду територія завжди викликала зацікавлення, як професійних польських, та українських-етнографів, так і краєзнавців-аматорів. Розглядаючи **історіографію проблеми** необхідно виділити що на сьогодні праці істориків та етнографів, які написані із різдвяної обрядовості Покутського етномасиву. Принагідно це питання висвітлювали у своїх розвідках З. Болтарович<sup>1</sup>, В. Юзвенко<sup>2</sup>, І. Збір<sup>3</sup>, У. Зоуля<sup>4</sup>.

**Основними джерелами** пропонованого дослідження становлять праці польських дослідників другої половини ХІХ – початку ХХ ст. О. Кольберга, К. Мрочка, Л. Вайгеля. За обсягом та повнотою подачі ці етнографічні дослідження є різні, однак кожна розвідка є надзвичайно цінною, оскільки фіксує народні традиції Покутського району.

**Мета** нашої розвідки – розкрити і проаналізувати етнографічні праці польських вчених О. Кольберга, К. Мрочка, Л. Вайгеля другої половини ХІХ – початку ХХ ст., що містять відомості зимового календарного циклу покутян. Із запропонованих джерел простежуємо, що зимово-календарні звичаї, обряди у різних районах Покуття могли різнитися, і водночас мали багато спільного із загальноукраїнськими зимовими обрядами.

**Виклад матеріалу.** Одним з перших збирачів зразків народної творчості покутян був польський краєзнавець Л. Вайгель (1842-1906). Свої етнографічні статті він друкував у польських часописах. Однією з перших його серйозних досліджень є його розвідка «Нарис про місто Коломию»<sup>5</sup>, яка побачила світ у 1877 р. Праця складається з трьох частин. У першій частині міститься короткий історичний нарис, у другій – подані географічні відомості, а в третій – етнографічні записи, які були зібрані за його власними спостереженням з Коломиї та навколишніх сіл. Етнографічні записи у розвідці Л. Вайгеля є доволі скупими і мають здебільшого описово-констатуючий характер. Збираючи народну звичаєвість, Л. Вайгель дійшов до висновку, що звичаї і обряди, яких дотримувалися місцеві селяни під час Різдва, Великодня, весілля і хрестин на Покутті, всюди були однаковими. Саме тому, у своїй розвідці він навіть лише окремі обряди з сіл П'ядики, Назірна, Шепарівці, Воск-

<sup>1</sup> Boltarovych Z. Ukraina v doslidzhennyakh polskykh etnografiv XIX st. [Ukraine in studies of Polish ethnographers XIX century], Kyiv, Naukova dumka, 1976, 139 p.

<sup>2</sup> Yuzvenko V. A. Ukrayinska narodna poetychna tvorchiysta u polskiy folklorystytsi XIX st. [Ukrainian folk poetry in Polish folklore XIX century], Kyiv, 1961, P. 82-99.

<sup>3</sup> Zbyr I. Folklor Pokuttia u rozvidkakh chuzhozemnykh doslidnykiv kintsya XVII – XIX st. [Folklore Pokuttia foreign researchers in quests end XVII - XIX centuries], Mandrivets, 2008, P. 48-58.

<sup>4</sup> Zozulya N. «Yordanski svichky-«tritytsi» [«Jordaniansvichky-«trinity»], *Narodna tvorchiysta ta etnografiya*, Kyiv, 2009, N. 4/5, P. 82-84.

<sup>5</sup> Vayhel L. Narys pro misto Kolomyu [Excerpts from History of Kolomyia], Kolomyia, Vik, 2008, 120 p.

З тексту дослідника дізнаємося, що в селах Коломийського повіту на Святий вечір селяни готувалися заздалегідь. Традиційно у цей вечір на підлогу стелили солому, сіном накривали стіл, а решту складали під стіл. У с. Назірній під сіно ставили ще й часник, як охоронне зілля від злої сили. Відмітив дослідник і використання в різдвяній обрядовості предметів пов'язаних з тваринництвом. Так, в с. Лючі під стіл, крім сіна, ставили ярмо, щоб добре велися воли. На покутті, недалеко столу, ставили немолочений сніп пшениці, жита або вівса. Цей сніп називався – «дідухом». Коли родина хату впорядкувала, тоді всі, чисто одягненні, помолившись, сідали до столу. Першим починав їсти кутю господар, бажаючи при цьому жінці, дітям і всім домашнім дочекатися «другої коляди». З кутею проводили різні магичні ритуали. Так, газда-пасічник набирав чверть ложки куті і підкидали її до стелі. При цьому стежили, чи багато зерна приліпилося до стелі, бо це мало означати, що наступний рік буде добрий на ведіння бджільництва<sup>6</sup>.

Традиційними стравами на Святий вечір на Коломийщині були – риба заправлена соусом, голубці, борщ, сливи з квасолею, маленькі вареники (креплики) з картоплею, повидлом, капустою, а часом і січеною рибою заправлені олією. В селах Покуття, побутував звичай «носити «кутю» до родичів, яка складалася з двох або трьох калачів «книшнів» і миски наповненої різноманітними стравами. Якщо її приносив хлопець, чи дівчина, то в с. Назірній за кутю давали гроші, чи подарунок<sup>7</sup>. Аналогічні обдаровування святковими стравами зафіксував Р. Кайндль на Гуцульщині, де сусіди одні одним передавали миски, повні з різдвяними стравами, та зерном і отримують від них такі ж подарунки<sup>8</sup>.

Коротко зупиняється Л. Вайгель на обряді колядування. Зі слів дослідника в покутських селах колядувати ходили різними віковими групами. Діти починали колядувати в день, парубки і старші – ввечері. У с. Шепарівцях після святкової відправи церковні брати збиралися і йшли колядувати спочатку до старшого брата, а потім з дзвонами та скарбничкою – по всіх хатах. Парубки, як правило ходили колядувати в супроводі музик, але відвідували лише ті оселі, де були дівчата на віданні. Після запрошення до хати парубки співали, а потім танцювали. У с. Назірній колядувати ходили господарі, парубки і жінки, але тільки ввечері. Кожна група колядників вибирала собі ватажка, який добре міг вести колядування, згідно з давніми звичаєвими вимогами. Ватажка називали – «березою», той хто носив отриману коляду – «міхонош». У с. Лючі коляда відбувалася трохи інакше. Так, після обіду, на коляду, дяк здійснював обходи сільських хат, з хрестом, обвитим повісмом (прядивом). Його супроводжував «міхонош» з дзвоником, який носив дякові зібрану коляду. Окрім дяка колядувати ходили й братство з дзвоником, беручи з собою «березу» і «міхоноша»<sup>10</sup>. Зауважимо, що в той час с. Лючу дослідник зачислив до складу Покуття, яку нині вважають частиною Гуцульщини. Саме тому, різдвяно-

новорічні звичаї в цьому селі подібні до гуцульських традицій. Відзначимо, що на Гуцульщині до різдвяних ритуальних атрибутів відносилося і повісмо. За народним повір'ям гуцулів, Матір Божа з повісма плела «фризи», щоб витягувати «нечисті душі з пекла».

На третій день свят, з хати виносили «дідуха». Вірили, що солома з нього мала «благодатні» властивості. Так, для доброї плодючості свійської птиці її підкладали у гнізда курчатам і гусям, а зерном з колосків годували курей, щоб добре неслися<sup>11</sup>.

У день на Новий рік побутувала традиція спалювати серед фруктових дерев солому, зібрану з підлоги, а також сіно зі стола від свят, щоб дерева краще плодоносили і не заводилися шкідники.

Подібно, як всі українці відзначали покаяння Водохреща. Напередодні Йордану, як і на першій Святий вечір, влаштовували вечірню трапезу, до якої сідали тільки після посвячення води у церкві. Ця трапеза називалася «Голодна кутя» і відрізнялася тим, що кутю не підкидали до стелі і коляду не висилали до родичів. У своїй розвідці Л. Вайгель один з перших, хто зауважив на важливій ролі свічки-трійці в йорданському контексті. Дослідник зауважив, що під час «Голодної куті» у кожній домівці на столі стояла запалена свічка-трійця. Основна церемонія водосвяття спочатку відбувалася на Богослужінні в церкві. Після завершення відправи, люди з трійцями йшли до річки, де священник урочисто освячував воду. Так, в с. Назірня після освячення води, кожний господар приносив додому трійцю і виводив димом від свічки хрест на стелі. У с. Люча, коли священник освячував садибу, господар тримав запалений свічку-трійцю і з нею відпроваджував священика до найближчої хати, так само робив наступний господар<sup>12</sup>.

Як і на інших етнографічних теренах України, покаяння вірили в чудодійні і лікувальні властивості йорданської води. Одразу після освячення її пили. Надвечір кожний господар свяченою водою кропив свою худобу, щоб уберегти її від усього злого. Місцеві жителі стверджували, що цієї ночі вся вода на деякий час перетворювалася на вино. Цікавий звичай записав Л. Вайгель, який засвідчував берегову функцію часника. Так, у с. Назірній на Йордана змашували «серце» церковного дзвона, тим часником, який був на столі на Святий вечір. Вважали, що якщо злодій, який щось краде почує звук цього дзвона, то кине крадені речі, а сам втече<sup>13</sup>.

Загалом народознавчі відомості Л. Вайгеля з розділу «Етнографічні записи» мають більш описовий характер, ніж науковий. Суттєвим недоліком розвідки є відсутність текстів обрядових пісень, які співали місцеві жителі Коломийського повіту під час Різдва свят. Однак, з огляду на новизну фактологічного матеріалу з різдвяно-новорічної звичаєвості її можна віднести до важливих досліджень духовної культури покаян. Про наукову вартість цієї праці говорить те, що О. Кольберг поповнив свою працю «Покуття» окремими народознавчими матеріалами, записані Л. Вайгелем<sup>14</sup>.

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> Ibid., p. 90.

<sup>8</sup> Kayndl R. F. Hutsuly: yikh zhyttya, zvychayi ta narodni perekazy [Hutsuls: their life, customs and folk traditions], Chernivtsi, Molody bukuvynets, 2000, P. 99.

<sup>9</sup> Vayhel L. Narys pro misto Kolomyiu [Excerpts from History of Kolomyia], Kolomyia, Vik, 2008, P. 90.

<sup>10</sup> Shukhevych V. "Hutsulshchyna v 5-ty tomax" [Huzulshchyna in 5 volumes], *Materialy do ukraïnskoyi etnolohiyi*, Lviv, 1904, T. 4, P. 49.

<sup>11</sup> Vayhel L. Narys pro misto Kolomyiu [Excerpts from History of Kolomyia], Kolomyia, Vik, 2008, P. 91.

<sup>12</sup> Ibid., p. 92-93.

<sup>13</sup> Ibid., p. 93.

<sup>14</sup> Kolberg O. Pokucie Cz. 1, Dzieła wszystkie, T.29, Wrocław-Poznań: PTL, 1962, P. 84, 88, 131, 132, 133.

Відомості з різдвяно-новорічної обрядовості з Покуття находимо у розвідці польського дослідника К. Мрочка, який працював інспектором шкіл Городенківського і Снятинського повітів. У 1893 р. Львівський музей ім. Дідушицьких оголосив конкурс на опис одного з повітів Галичини, в якому взяв участь і К. Мрочко. Результатом його дослідницької роботи була розвідка «Снятинщина. Причинки до крайової етнографії»<sup>15</sup>. За це дослідження К. Мрочко на конкурсі одержав почесне третє місце<sup>16</sup>. Окремою книжкою праця дослідника вийшла в 1897 р. У ній автор зафіксував прикмети, вірування, перестороги, ворожіння, повір'я, які дотримувалися покутяни під час народного календаря. Зокрема, з дослідження К. Мрочка дізнаємося про святкування Святого вечора, Нового року, Щедрого вечора, Йордана.

Так, з опису дослідника дізнаємося, що на Снятинщині на Святий вечір традиційно готували дванадцять страв, проте тільки заможні селяни могли приготувати необхідний асортимент страв, а це були – кутя, «краплики», сливки, сушені яблука і грушки, голубці, свіжа риба або сушені коропа, борщ, вареники з капустою, гриби жарені і жарена на олії кулеша (начинка)<sup>17</sup>.

Широко вживаними атрибутами зимових свят у покутян Снятинського повіту було сіно та солома, яке стелили на стіл або скриню і під стіл, за яким відбувалася вечірня трапеза. За народним віруванням сіно з під-під скатертини мало таку прикмету, що «хто мав її жмут під пахвою, той ніколи не блукатиме в дорозі». Також це сіно давали худобі, щоб була здорова. Соломою застеляли долівку, по якій лазили малі діти, наслідуючи голоси різних свійських тварин і птахів, для того, щоб був добрий приплід. Цією ж соломою, після вечері обмотували господарі стовбури фруктових дерев. У деяких місцевостях соломо палили і стрибали через вогонь, що говорить про залишки давніх дохристиянських вірувань. Люди вірили, що попіл з цього сіна лікував від судорогу<sup>18</sup>.

Після всіх приготувань вся родина сідала до ритуальної вечері. У деяких селах, так як наприклад у с. Глінця ретельно стежили, щоб до вечері сідало парне число осіб. Найважливішою із страв була кутя, найчастіше це варена пшениця приправлена медом і маком. Згідно з давніми слов'янськими традиціями на цю ритуальну вечері приходили душі померлих членів роду, про це чітко говорить і молитва, яку промовляв господар: «Просимо живих і мертвих до сеї тайної вечері і тебе пресвяту тету (пропасницю), щоб ти була здорова без нас, а ми без тебе»<sup>19</sup>. У цей вечір виконувалося багато ритуальних і заклінальних обрядів, які би мали принести благополуччя в господарській діяльності, принести добробут і щастя сім'ї, на весь майбутній рік. Найчасті-

ше ворожили на майбутній урожай. Для цього на стіл клали грудку солі, а навколо неї трохи сажі з печі. Довкола насипали купки зерна різних родів збіжжя. На сажі коло кожної купки зерна клали жевріючий вуглик. Якщо зернова культура спопеліла, то урожаю не буде, як надпалиться тільки трохи, то на врожай. Окрім цього дівчата ворожили на майбутнього чоловіка. Після вечері, дівчата виходили на поріг і тарахкотіли немитими ложками і слухали якої сторони відізвуться собаки – з тієї сторони і буде наречений<sup>20</sup>.

У своїй розвідці К. Мрочко записав декілька текстів колядок, зауваживши, що місцеві мешканці співали колядки, які часто не пов'язані з народженням Ісуса Христа. На переконання дослідника, саме народні колядки були більше популярними серед населення, на відміну від церковних колядок<sup>21</sup>.

Відзначив К. Мрочко, що напередодні Нового року діти від полудня по селі ходили з «жеремцями» – примітивно виструганою дерев'яною лялькою, і веселили малечу<sup>22</sup>. У передноворічний вечір молоді парубки ходили по хатах «маланкувати». Один з парубків одягався «Маланкою», інші ряжені в «діда», «жида», «цигана», «козу». Все це веселе товариство йшло колядувати до тих хат, де були дівчата на виданні. Зупинившись під хатою питали: «Чи позволите колядувати?». Якщо їх пускали до хати, то вони розігрували різні жартівливі сценки, часом вдавалися і до не пристойних жартів. Діставши коляду парубки намагалися помазати піч сажею або болотом, якщо це їм не вдавалося, то мазали хату з вулиці, щоб залишити слід перебування «Маланки». Загальнопоширеним на Покутті було вірування, що в передноворічний вечір худоба розмовляє між собою. Цю розмову можна підслухати, щоб дізнатися, якої думки воли про свого господаря. Якщо газда погано обходився з ними протягом року, то вони ніби обіцяли відвести свого господаря на кладовище<sup>23</sup>.

Важливим новорічним обрядовим дійством, в якому відображена ідея збереження родинного добробуту, було запалювання ритуальних вогнів. Так, у с. Потічок від Святого вечора до Нового року сміття змітали під постіль, а вдосвіта на Новий рік виносили його і спалювали біля воріт. Подібний звичай побутував і на Гуцульщині<sup>24</sup>.

Записав К. Мрочко, як відзначали покутяни Водохреща. Так, на Йордан з кожної хати хтось йшов до церкви святити воду. В народі вірили, що посвячена вода відганяла злого духа й мала лікувальні властивості, тому давали її пити хворому, при кожній нагоді. Ввечері влаштовувалася ритуальна трапеза, на якій споживали тільки пісні стани.

Одночасно на Йордан проводили цілий ряд оберегів,

<sup>15</sup> Mrochek K. Snyatynshchyna. Prychynky do krayovoyi etnohrafiiy [Snyatynshchyna. Commentstotheedgeofethnography], Detroyt, 1977, 130 p.

<sup>16</sup> Stefanykivskyi kraї Cheremoshu i Prutu... Sniatynshchyna. Istoryko-etnohrafichnyi narys [Stefanykivskyi land and Cheremosh and Prut ... Snyatynshchyna. Historical and ethnographic essay], Ker. avt. kol., hol. red. A. Korolko, Sniatyn, Ivano-Frankivsk – Lviv, Manuscript-Lviv, 2014, P. 576-577.

<sup>17</sup> Mrochek K. Snyatynshchyna. Prychynky do krayovoyi etnohrafiiy [Snyatynshchyna. Comments to the edge of ethnography], Detroyt, 1977, P. 37.

<sup>18</sup> Ibid., P. 38.

<sup>19</sup> Ibid., P. 38-39.

<sup>20</sup> Ibid., P. 40.

<sup>21</sup> Ibid., P. 40-41.

<sup>22</sup> Ibid., P. 44.

<sup>23</sup> Ibid., P. 46.

<sup>24</sup> Shukhevych V. "Hutsulshchyna v 5-ty tomax" [Huzulshchyna in 5 volumes], *Materialy do ukraїn'skoyi etnolohiyi*, Lviv, 1904, T. 4, P. 201.

від усього злого. У своїй розвідці К. Мрочко один з перших, хто дав визначення свічці-трійці. Зі слів дослідника, «трійця»: це трираменна воскова свічка, у яку господині вкладали у дерев'яний свічник для того зроблений». Прикрашали свічник сушеним любистком, васильком, жовтими чорнобривцями, та червоними ягодами калини, білою вишитою хустиною, конопляним прядивом і герданами. З цією свічкою йшов господар вдруге святити воду до річки. Там він занурював запалену трійцю у посвячену воду. Запалену свічку господар тримав впродовж усієї відправи і з нею повертався додому. У покутян побутувало переконання, що полум'я свічки, мало апотропеїчну дію і відганяла нечисту силу. Так, газда увійшовши, до хати полум'ям трійці випалював хрест на сволюку. Потім жінка присмалювала свічкою своєму газді трохи волосся над чолом, на потилиці і на скронях. Цей самий ритуал проводив газда на голові своєї дружини, дітей і челяді. Кожний, кому проведено цей обряд, мусив підскочити. За народним повір'ям цей магичний ритуал був своєрідним оберегом від «нечистої сили» і вовка<sup>25</sup>. На думку сучасної дослідниці Н. Зозулі, свічки-трійці в християнстві символізують три іпостасі єдиного Бога, в народній обрядовості та культурі набули значення універсального оберега, що використовувався в різних життєвих випадках упродовж року<sup>26</sup>.

Одними із своєрідних оберегів на Покутті були і воскові хрестики, які приліплювали на чотири стіни сінях, стайні, щоб лихо оминало хату і худобу. У с. Стецева перед вечерею господар разом з господинею обходили хату тричі, за кожним разом при кожному куті відкушували трохи хліба. По закінченні церемонії сідали вечеряти<sup>27</sup>. У с. Потічок хату обходили з хлібом і голубчями. Досліджуючи народну звичаєвість, К. Мрочко відмітив, що старші люди не охоче розповідали для чого проводилися різні обрядові церемонії, бо вважали, що вони втратять свою оберегову силу<sup>28</sup>.

У дослідженні дослідник навів найбільш характерні для Покутських сіл тексти щедрівок, зауваживши, що щедрювання відбувалося подібно до коляди, а самі пісні «дуже часто подібні до себе за змістом і укладом строф»<sup>29</sup>.

Таким чином, праця К. Мрочко – це багатогранна й достовірна картина побуту і культури покутян. На той період його розвідка була однією з перших яка зафіксувала явища народної культури покутян Снятинського повіту. З його розвідки ми вперше дізналися які побутовали звичаї та обряди під час святкування різдвяно-новорічних свят на Снятинщині. І на сьогодні вона залишається цінним фактологічним джерелом для дослідження особливих рис різдвяно-новорічної звичаєвості жителів Покуття.

Найбільшою комплексною працею, що висвітлює

духовну і матеріальну культуру етнографічного району Покуття – є чотирьохтомна праця О. Кольберга «Покуття»<sup>30</sup>. Теренами його дослідження були Городенківський, Коломийський, Тлумацький повіти. З його праці дізнаємося про деякі особливості різдвяно-новорічної звичаєвості, які побутовали в цих місцевостях. Із записів О. Кольберга довідуємося, що на Покутті перед Різдом у селах відбувалися вечорниці, які закінчувалися тиждень перед постом.

В обрядовий комплекс цього періоду входили різні молодіжні забави. Однією з них була – «комашня», яка відбувалася напередодні св. Андрія. Цю забаву влаштовували хлопці і дівчата господареві хати, до якої сходилися під час усього Адвенту на вечорниці, на яких прями і розважалися розмовою<sup>31</sup>. У деяких місцевостях Покуття, а саме у селах Джуркові, Коршеві, Кам'янках вечорниці перед Адвентом відбувалися з танцями, та співками і називалися – «субітка»<sup>32</sup>.

Важливим доповненням до розвідки О. Кольберга є записи про ворожіння дівчат, які відбувалися на андріївських вечорницях. Як відмітив дослідник, у цей вечір жоден хлопець «не смів з'являтися на вечорницях». Зазвичай напередодні свята св. Андрія дівчата прагнули дізнатися коли вийдуть заміж, для цього: над стежками натягували шнурки, рахували кілки на плотах, обмацували овець в темній стайні, готували пиріжки<sup>33</sup>. Досить часто на Покутті до ворожіння залучали kota чи собаку. Так, за інформацією О. Кольберга в с. Іспас (Спас) під Коломиєю дівчата усі разом, з одного тіста ліпили пиріжки, однакового розміру і все перемашували маслом. Пиріжки складали рядком на стіл, виходили з хати, впустивши добре нагодованого kota. За народним віруванням чий «балабух» кіт скоріше з'їсть, та дівчина в тому році вийде заміж. Подібне ворожіння відбувалося в с. Чортівець, що під Обертином. Зазвичай кожна дівчина пекла по дев'ять «балабухів» (маленьких булочок), які складали рядком на дошці або маглівниці, чий «балабух» собака схопить першим, та дівчина найпершою вийде заміж<sup>34</sup>.

Детальну характеристику автор подав святкування Різдва та Святвечора у с. Чортівець, Городниця, Спас, П'ядики, Назірна, Шепарівці, Воскресінці, Люча. Так дослідник відмітив, що в с. Чортівець, що під Обертином Святий вечір святкували так само, як і на всіх теренах Покуття<sup>35</sup>. Традиційно вечеряли пісними стравами, після чого хлопці йшли колядувати по селі. У с. Спас Коломийського повіту ритуальна трапеза розпочиналася з подячної молитви. Перед її початком господар виконував певні магичні оберегові дії: брав на покришку кілька вугликів, кидав на них трохи ладану і обкурюючи обходив навколо столу, а всі присутні старалися щоб їх охопив дим і запах. На Покутті і по всій Україні існували

<sup>25</sup> Mroczek K. Snyatynshchyna. Prychynky do krayovoyi etnohrafii [Snyatynshchyna. Comments to the edge of ethnography], Detroit, 1977, P. 37.

<sup>26</sup> Zozulya N. «Yordanski svichky - «triytsi» [Jordanian candels - «trinity», *Narodna tvorchist ta etnohrafia*, Kyiv, 2009, N. 4/5, P. 82.

<sup>27</sup> Mroczek K. Snyatynshchyna. Prychynky do krayovoyi etnohrafii [Snyatynshchyna. Comments to the edge of ethnography], Detroit, 1977, P. 37.

<sup>28</sup> Ibid., P. 51.

<sup>29</sup> Ibid., P. 48-49.

<sup>30</sup> Kolberg O. Pokucie. Cz.1 [Pokuttya region. Chapter 1], *Dziela wszystkie*, T.29, Wrocław – Poznań: PTL, 1962, 360 p.

<sup>31</sup> Ibid., P. 79.

<sup>32</sup> Ibid., P. 77.

<sup>33</sup> Ibid., P. 78.

<sup>34</sup> Ibid., P. 79.

<sup>35</sup> Ibid., P. 81.

стійкі традиції порядку споживання різдвяних страв. Так, О. Кольберг зауважив, в с. Спас починали вечеряти з куті, а завершували немашеною капустою з підсмаженою мукою та «крепликами» – пирогами у формі вушка. Після цього всі разом вставали з-за столу<sup>36</sup>. На третій день свят в с. Чортівець відбувалося дійство, яке в даній місцевості називалося «спалити Дідуха». Суть обряду полягала в тому, що сіно з-під обруса, на якому споживали святу вечерю, та обід у наступні два дні, спалювали перед сходом сонця на вогні, розкладеному перед воротами<sup>37</sup>.

Своєрідність фольклорної традиції Покуття відображена, зокрема і в колядуванні, яка за словами О. Кольберга, відбувалася з «плесом»<sup>38</sup>. Зауважимо, що подібне колядування з «плесом», відбувалося і на Гуцульщині<sup>39</sup>. Що до виконання колядок, то дослідник відмітив, що вдень ходили колядувати хлопці, а парубки і старші – ввечері. Останні все зароблене віддавали на братство до церкви<sup>40</sup>.

Колядковий репертуар представлений у роботі незначною кількістю фольклорного матеріалу, загальною кількістю 47 текстів, які дослідник диференціював на колядки і щедрівки. Так, серед них 22 тексти колядок, які він записав у с. Спас, Ясенів-Пільний, Чортовець, Корнич, Шепарівці<sup>41</sup>. Колядки записані О. Кольбергом, виконувалися окремо господареві, господині, дівчині та парубку.

Значну увагу приділив дослідник традиційному обходу дворів з «Маланкою». З його праці можемо простежити, що на Покутті ходили «маланкувати» різним складом. Так, в с. Чортовець та Гарасимів Тлуматського повіту разом з «Маланкою», – зазначив О. Кольберг, – ходили «Василь», та «Дід» з причепленим горбом вусами та бородою, так одягнені, вони обходили ціле село з музикою і співом<sup>42</sup>. У с. Іспас (Спас) Коломийського повіту учасниками карнавальних образів були: «Маланка» або («баба»), «дід», «циган», «коза», решта парубків залишалися в своєму одязі<sup>43</sup>.

Привернув увагу дослідника і цікавий звичай «бички». Так, переддень Нового року ходили по хатам «хлопці-пастушки» з «бичками», тобто заздалегідь виструганими з дерева маленькими фігурками, у різній кількості. Це були різноманітні мініатюрні зображення сонця, місяця, корів, овець, коней, гусей, а також горщики, маглівниці, граблі та інші предмети і явища. Зайшовши до хати, хлопець казав: «Прошу на бички!». Почувши це, діти збігалися, оточували гостя і розглядали принесенні предмети, а їх власник пояснював, що представляла кожна фігурка. Коли діти все переглянули хлопець збирав фігурки в капелюху в якому їх приніс. За працю

при виготовлення предметів, та за втіху, що отримали діти господиня давала хлопцеві винагороду «кукуц» – маленький буханець хліба або гроші<sup>44</sup>.

Подібне обрядодійство відбувалося в с. Городниці Городенківського повіту, яке розпочиналося напередодні Нового року. За записом дослідника, там побутував звичай «жирибці». На цих окремих карточках, хлопці писали різні слова: небо, пекло, гріх, щастя, нещастя, гроші, поле, ґрунт, пасіка, рій, бджоли і т. п. і ходячи по хатам, давали тягти людям ці «білети». Так, хлопці символічно, від хати до хати ходили засівали, бажаючи господарям щастя, здоров'я і щедрого врожаю<sup>45</sup>. На думку українського етнографа О. Курочкіна, в цих зимових обрядодіях «хлопчики виступали немовби носіями щастя і добробуту, їм же випадала роль вішунів і провидців»<sup>46</sup>.

Святкування Йордану О. Кольберг записав в околицях Обертину в с. Чортовець і Гарасимів. Як зазначив дослідник, перед Йорданом постять цілий день і вважають його другим Святвечором. Оберегові функції мали хрестики з воску, окрім цього малювали хрестики дьогтем на дверях домівок, стаєнь та хлівів для того, щоб уберегти худобу від відьом. Традиційно обряд освячення води священник здійснював на ставку або річці. Кожний намагався зачерпнути воду у спеціально принесений посуд. Дослідник відмітив, що в околицях Городенки, в с. Городниця та Поточище місцеві жителі Йорданські свята називали «відохрестні» або «відорщі»<sup>47</sup>.

Автором зафіксовано 10 текстів щедрівок, записані в с. Чортовець, Городниця, Поточище, Хотимира, Гарасимова, Тлумача, Ясенів-Пільного<sup>48</sup>. Традиційно для новорічного обряду щедрювання у покутському фольклору у записях О. Кольберга щедрівки розпочиналися з вступної форми вітання «Щедрий вечер, добрий вечер, добрим людям на съветий вечер!»<sup>49</sup>. До колядок і щедрівок дослідник залучив і текст однієї жартівливої пісні «Ой летів медвідь через поле, мало его гуси не з'їли», яку, як зазначив О. Кольберг, співали для розважання гостей під час посту або на Святий вечір<sup>50</sup>.

Отже, дослідження Покуття О. Кольберга і до сьогодні не втратило своєї цінності. У праці добре висвітлено зимово календарну звичаєвість покутян. Важливими для сучасних дослідників є тексти давніх колядок і щедрівок, які відрізняються добре збереженими в їх змісті і формі дохристиянськими характерними рисами, які в пізніший час були витісненні церковними різдвяними піснями.

Таким чином, основним комплексом різдвяно-новорічного циклу у покутян були обрядовий стіл, господарська і сімейна магія, культ предків, передбачення

<sup>36</sup> Ibid., P. 87.

<sup>37</sup> Ibid., P. 82.

<sup>38</sup> Ibid., P. 95.

<sup>39</sup> Shukhevych V. "Hutsulshchyna v 5-ty tomakh" [Huzulshchyna in 5 volumes], *Materialy do ukrajynskoyi etnologiyi*, Lviv, 1904, T. 4, P. 18-20.

<sup>40</sup> Kolberg O. "Pokucie. Cz. 1" [Pokuttya region. Chapter 1], *Dziela wszystkie*, T.29, Wrocław – Poznań: PTL, 1962, P. 88.

<sup>41</sup> Ibid., P. 96-121.

<sup>42</sup> Ibid., P. 121-122.

<sup>43</sup> Ibid., P. 126.

<sup>44</sup> Ibid., P. 125.

<sup>45</sup> Ibid., P. 129-130.

<sup>46</sup> Kurochkin O. *Ukrayinski narodni obryady «Kozha» i «Malanka»: z istoriyi narodnykh masok* [Ukrainian folk ceremonies «goat» and «Malanka»: the history of folk masks], *Opishne, Ukrayinske narodoznavstvo*, 1995, P. 147.

<sup>47</sup> Kolberg O. *Pokucie. Cz. 1, Dziela wszystkie*, T.29, Wrocław – Poznań: PTL, 1962, P. 132.

<sup>48</sup> Ibid., P. 134-141.

<sup>49</sup> Ibid., P. 134, 135, 137, 138.

<sup>50</sup> Ibid., P. 139-141.

майбутнього, величальні обходи та поздоровлення (колядування, шедрування, засівання). Із записів польських дослідників О. Кольберга К. Мрочка, Л. Вайгеля ми з'ясували, що зимова обрядовість на Покутті мала свої особливості у звичаях, прикметах та повір'ях. Однак відмітимо, що дуже багато різдвяних обрядодій мають аналогії на інших теренах, поширеність та однотипність яких вказує на їхнє давнє походження, а тривале збереження – на важливе світоглядно-обрядове значення для українців.

**Труняк Лилия. Winter holidays cycle of Pokuttia in the studies of Polish researchers in the second half of XIX - early XX century.** Winter holidays cycle of Pokuttia in the studies of Polish researchers in the second half of XIX - early XX century. A winter calendar rite in the scientific heritage of the Polish researchers in the second half of XIX - early XX century O.Kolberg, K. Mrochko and L. Weigel is examined in the article. Customs and rites of Christmas and New Year cycle that existed in Pokuttia are showed in the article.

L. Weigel wrote down an interesting ethnology information in his intelligence "Essay About Town of Kolomyia" (1877). His ethnographic data on the Christmas ritual is rather stingy. But his record reveals some local Christmas and New Year customs. In particular, it is using such objects of livestock as yoke, povisma and hay. He was one of the first in the scientific literature who drew attention to the ritual use of candle-trinity in Jordan in Pokuttia.

K. Mrochko left us a valuable intelligence called "Snyatynschyna. Comments to the edge of Ethnography" about Christmas rituals in Snyatyn district. From his work we can learn interesting facts. For example, protecting and medical properties of hay that was on the table during the Christmas eve, divination on the future harvest, pokutyian's faith in the protecting force of the flame from the candles-trinity.

The most comprehensive work in the second half of the XIX century was O.Kolberg's work in four volumes "Pokuttia". The first volume of his work was added by the unknown information

about Christmas and New Year customs. So we can learn about the youth fun in the villages during Advent. Records of the girls' divination before St. Andrew's Day, about the rite of "the burning of the Didukh" are also interesting additions. We can also find valuable records of caroling, malankuvannya, and the custom of "bulls" ("bychky"), which had a local feature in Pokuttia. An important addition to intelligence are records of the texts of Christmas carols and shhedrivkas.

When analyzing the studies of Polish researchers O. Kolberg, K.Mrochko, L. Weigel we may mark that winter ritual in Pokuttia had its own peculiarities in customs, beliefs and omens. A ritual table, the worship of ancestors, household and family magic, cheering rounds and congratulations (caroling, shhedruvannya, sowing) were the main pokutyian's complexes of the Christmas and New Year cycle. But note that lots of Christmas rituals have analogies at other territories. Their prevalence and similarity point to their ancient origin and long preservation shows their important ideological and ritual significance for Ukrainians.

**Key words:** Pokuttia, Christmas and New Year's rites, Polish researchers, O. Kolberg, K. Mrochko, L. Weigel.

*Труняк Лілія - аспірантка Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника. Науковий співробітник Національного музею народного мистецтва Гуцульщини та Покуття імені Й. Кобринського. Коло наукових інтересів: родинна та календарна обрядовість Покуття, Виконує дисертаційне дослідження на тему: «Етнографічне дослідження Покуття XIX – 30-ті рр. XX ст.». Автор 10 статей.*

*Труняк Лилия - postgraduate student of Vasyl Stefanyk Precarpathian National University, Researcher of the National Museum of Hutsulshchyna and Pokuttia Folk Art named after Yosaphat Kobrynsky. Research interests: calendar and family rites Pokuttia, Carries out a dissertation research on the topic «Ethnographic research of Pokuttia in XIX - 30-ies XX century». Autor of 10 articles.*

**Received:** 18. 02. 2017

**Advance Access Published:** April, 2017

© L. Труняк, 2017

**ФЕСТИВАЛЬ МУЗИКИ Й МИСТЕЦТВА У ВУДСТОЦІ, ЯК  
ВЕРШИНА РУХУ ХІППІ****Каєтан ШОКАЛЬСЬКІ,**Варшавський університет, Польща  
k.cz.szokalski@gmail.com**THE WOODSTOCK MUSIC AND ART FAIR AS AN APEX OF  
THE HIPPIE MOVEMENT****Kajetan SZOKALSKI,**University of Warsaw, Poland,  
Researcher ID: A-5517-2017  
ORCID ID 0000-0002-3126-9585

**Шокальски Каєтан. Фестиваль музики и искусства в Вудстоке, как вершина движения хиппи.** В конце 60-х годов XX века, субкультура хиппи была одним из самых масштабных молодежных движений во всем мире, особенно в Соединенных Штатах, где она и родилась. Целью этой научной статьи является отражение феномена этой идеи и апофеоза ее воплощения, определение причины глобальной популярности движения хиппи и его внезапного упадка после фестиваля Вудсток.

**Ключевые слова:** Вудсток, апекс, хиппи, идентичность, субкультура, толерантность, музыка.

Born in 1960-80's non-conformism – tradition of freedom, dissent, individualism are preserved in contemporary culture and became the basis for its renewal today. Whereas the object of research is the phenomenon of subculture hippie, ways of its implementation and reasons of the popularity, this research will be valuable in the field of typology of culture. There is substantial research base of this cultural phenomenon, and the Woodstock Festival in particular. However mostly this specialized research tied to their space and time. Among the most famous researchers and their work should be called Abbie Hoffman "Woodstock Nation", which gave a description and analysis of globality hippie movement and its implementation in the festival. Other important researcher works are "The Woodstock Generation. Frankenstein or Golem" by Ned Gaylin, "The Moral Imperative" by James Traub, "Interdependence in American Society and Commitment to the Common Good" by William M. Sullivan, "Woodstock: An Encyclopedia of the Music and Art Fair" by James Perone, "Woodstock media frenzy as date draws closer" by Steve Israel, "Festival! The Book of American Music Celebrations" by Mike Evans, "Woodstock: Three Days That Rocked the World" by Paul Kingsbury.

The Woodstock Festival, a three-day concert which took place on August 15-17 in 1969, is considered to be both a symbol of the hippie movement and dawn of their popularity among United States. To understand why this festival, which was organised by four young men in order to raise enough money to pay for the music studio, stands now for two such divergent concepts it is necessary to show history of the hippie culture. The 1960's movement was built with many social concerns and beliefs. The most important conviction was that the life was about being happy. In view of this belief hippies rejected established institutions and middle class values, opposed the nuclear weapon and shown

their dissatisfaction with situation in Vietnam. Flower children were convinced that entire mainstream culture was under control of "Big Brother" that's why they wanted to establish and follow their own ideology. They internalized aspects of eastern philosophy and tried to find new and better meaning of life which wouldn't be connected with corrupted culture where "The Man" was pulling the strings<sup>1</sup>.

First of all, appellation of flower children - "hippie" - was derived from the word "hipster" which has its origin in a song titled *Harry The Hipster*, composed by Harry Gibson. According to this song, hipsters were beatniks who had moved into New York City's Greenwich Village. Now, as far as the hippie movement in 1960's is concerned, the Beat Generation has to be mentioned. Members of this group were American writers who were famous in the 1950's, for instance: Allen Ginsberg's *Howl* (1956), William S. Burroughs's *Naked Lunch* (1959) and Jack Kerouac's *On the Road* (1957)<sup>2</sup>. These authors are on the list of the most important examples of American literature. Similarities with the hippie movement can be found without difficulty. Alternative forms of sexuality were one of the elements of "Beat", we can observe this fact in *Howl* and *Naked Lunch* - both full of shameless descriptions of homosexual sex. Moreover, beatniks were known for drug experimentation. As we know concepts of free love which involved homosexuality and use of drugs, especially marijuana and LSD, were an important elements of the hippie culture as well<sup>3</sup>. Later on, in the late 1950's a lot of beatniks moved on from New York City to San Francisco in California and became part of the upcoming movement beneath the slogan of *peace and love*.

However, not only the use of psychedelic drugs and sexual liberation were transparent for those communities. Hippies created their own counterculture that revolved around free love, peace, drugs and music. They were the

<sup>1</sup> Keniston K. Youth, Change and Violence, Rebels or revolutionaries? Student movements of the 1960's, a perceptive analysis of this turbulent period of our recent history, New York, Simon and Schuster, inc., 1975, P. 118-138.

<sup>2</sup> Rosenberg, Jennifer, The Woodstock Festival of 1969, history1900s, URL: <https://www.thoughtco.com/the-woodstock-festival-of-1969-1779367>

<sup>3</sup> The 1960's Hippie Counter Culture Movement, URL: <http://www.mortaljourney.com/2011/03/1960-trends/hippie-counter-culture-movement>

They encouraged nudity, going against the old Puritan values of modesty and finding the beauty in the human body. Hippies wanted healthier, more organic food to eat, contrary to the manufactured, TV-styled dinners that many Americans had come to enjoy. The hippie movement was all about discovering new things, exploring new ideas and rebelling against society. Hippies discovered new ways to express themselves through protests and sex; they also turned to music as a form of emotional, spiritual and political expression. Music was more than just a form of entertainment, but it also passed on a message and allowed people to explore their inner world and guide them on a quest for meaning. Along with music, hippies used drugs such as marijuana and LSD for self-exploration, freedom, rebellion and a new experience. Another important issue of the hippie generation and of the Woodstock Festival as well is psychedelic music. Chandler A. Laughlin II was influenced by the Beat Generation. He established family-like identity among fifty people, firstly in Greenwich Village in New York and later Berkeley, California. He discovered many of the musical talent including the Grateful Dead, Jefferson Airplane and The Charlatans. Laughlin, together with George Hunter of The Charlatans, opened the *Red Dog Saloon* in Virginia City, Nevada<sup>4</sup>. In the meantime, Owsley Stanley, provided much of the LSD to the hippie scene and his product became a part of the early evolution of psychedelic rock and the hippie culture. The Charlatans signed up on the history cards as the first rock band to play live under influence of LSD. Two years later, in October 1965, many of the Red Dog participants came back to the San Francisco where they established a new collective - "The Family Dog". They hosted many psychedelic concerts, for instance "A Tribute to Dr. Strange" (1966) where Jefferson Airplane were watched and later, this same year, the show of Grateful Dead. When "The Family Dog" became popular, they transformed into Red Dog Productions and expanded local events. These shows were amazing psychedelic performances where the light shows combined with the film projections<sup>5</sup>. A few months later, in June 1966 San Francisco's Haight-Ashbury district were the promised land for all of hippies. This area became the centre of activities of the beatniks, writers, musicians and also members of performance group The Diggers were invited into the hippies family. They combined spontaneous street theatre with art happening. In October 1966, LSD was declared a controlled substance and California became the first state to make LSD illegal. In response, San Francisco hippies staged an event in the Golden Gate Park called the Love Pageant Rally and it is known as the first incidence of political activism among hippies<sup>6</sup>.

Nevertheless, those restrictions hadn't stopped development of the hippie movement. On January 14, 1967 the Human Be-In event was held in Golden State Park in San Francisco which popularized the hippie culture. What follows was legendary Summer of Love on the West Coast. Throughout the decade many events increased the movement's fame but two in particular – the Summer of Love and the Woodstock Festival. During the spring, thousands

of people travelled to the California so that they could promote peace, love and happiness. San Francisco was expecting three thousands pilgrims, instead thirty thousands hippies showed up and gathered in the Golden Gate Park. The Haight-Ashbury neighbourhood became a new home for many of travellers. The Summer of Love was known for acid rock music festivals, performances of street artists, reading of poetry. Even if for the most part the Summer of Love was successful in spreading values of the counterculture, at the end of summer everything took a different, but not so surprising, turn. Increasing incidents of violence, crime and drug abuse by hippies gathered in San Francisco were unequivocal signals of changes which had been undergoing through the hippie movement<sup>7</sup>.

The Diggers were the first who declared the „death“ of the hippies. They conducted the "Death of Hip" ceremony. A grey coffin labelled the "Summer of Love" burnt down in Golden Gate Park. Soon, by the end of 1967 many of the initiators of the Summer of Love moved on, leaving many apprehensions about the hippie culture.

Although, the movement died in the Haight-Ashbury it still continued to cross the United States. Another hippie event - and the most important - would take place on the East Coast in 1969. As I mentioned in the introduction, The Woodstock Music and Art Fair was organised by four men: John Roberts, Joel Rosenman, Artie Kornfeld, and Mike Lang. Roberts, having a pharmaceutical fortune, together with Rosenman placed in *The New York Times* the ad that stated: "Young men with unlimited capital looking for interesting, legitimate investment opportunities and business propositions." After that, they met Kornfeld and Lang. Together created the idea of three-days music festival. Firstly, they found a location for the event up in an industrial park in nearby Wallkill, New York, but after disagreement of the citizens of Wallkill, the town banned the concert. Luckily, one-and-half month before planned date, organizers found a new place to fulfil their plans. It was Max Yasgur who offered up his 600-acre dairy farm in Bethel, New York to be the location for the Woodstock Festival<sup>8</sup>. This is how the greatest hippie festival begun to fulfil their plans. It was Max Yasgur who offered up his 600-acre dairy farm in Bethel, New York to be the location for the Woodstock Festival<sup>8</sup>.

On August 13, two days before the festival was to begin, there were already almost half a hundred thousands people. They had walked right through the gaps in the fence where the gates had not yet been placed. Since there was no way to get the 50,000 people to leave the area the organizers were forced to make the event a free concert. On August 15, nearly half a million people were in Yasgur's farm, all of them thirsty for "Three Days of Peace and Music". The festival united people from decade of 60's in a few way but only for those three day. Last three days when hippies could come together and feel united. In 1969, the entire country was divided with the issues over the war in Vietnam, however, when people met at the festival no harm was brought even though no one had planned the Woodstock for half a million hippies. They only intention of par-

<sup>4</sup> Johnson, Kathleen, Summer of Love and Woodstock, URL: <http://www.coldwar.org/articles/60s/summeroflove.asp>

<sup>5</sup> Hebdige, Dick. Subculture, The Meaning of Style, Popular Music in Theory, Wesleyan University Press, 1996, P. 45.

<sup>6</sup> Fine G. A., Kleinman S. "Rethinking Subculture: An Interactionist Analysis", *American Journal of Sociology*, 85 (1), P. 23.

<sup>7</sup> Three Ways the Woodstock Festival Changed Our Culture, URL: <http://amoveableclassroom.blogspot.com/2014/10/three-ways-woodstock-festival-changed.html>

<sup>8</sup> Mills R. Young outsiders, A study of alternative communities, L., Routledge and Kegan Paul., 1973, P. 14.



ied the music was. People who were interested in Grateful Dead and Jimi Hendrix were different from those who wanted to participate in Joan Baez and Country Joe MacDonald performances<sup>9</sup>. Still, it looked like they didn't care about any differences between them. Everyone at the farm belonged to the "family". The hippie movement was a direct effect on the laws that were created to prevent drug use that still exist today. The hippie movement also affected the Civil Rights Movement, which eventually resulted in several laws giving African Americans and women the same rights and white men, including the equal rights to vote and to an education and work. Women are no longer expected to be housewives and it is accepted if a woman wants to have a job. Because of hippie's sexual openness, alternative lifestyles such as homosexuality and transexuality are generally more accepted. Young adults have become more sexually active at a younger age because of the influence of past generations. Overall, the hippie movement was a time of not only exploring oneself and rebelling against society, but it was also a time of acceptance. After the hippie movement, African Americans, working women, homosexuals, nudity and non-traditional apparel all became generally more accepted. Without the hippie movement, the United States would not be as free and adoptive as it is today.

In conclusion, The Woodstock Music and Art Fair was an amazing and impressive experience for those people. It was that time and that place where near White Lake on August, 1969 the hippie movement found real love and peace. The festival was like catharsis for the entire hippie culture. Even though the Vietnam War continued the movement begun to disintegrated after the Woodstock. Of course, people still protested and mandated free love but something faded away in their will to fight against mainstream culture. This three-days festival may be considered as a fulfilment of the hippies' dreams. Before that they had their place on earth in the Haight-Ashbury in San Francisco California, however the Woodstock was their real home. The home without war, without divisions, the place where everyone was equal, where the hippie movement reached its apex and, finally, all of them became part of an Utopian society. Even if it lasted only for three short days.

**Шокальські Кастан. Фестиваль музики й мистецтва у Вудстоці, як вершина руху хіпі.** Наприкінці 60-х років ХХ століття, субкультура хіпі була одним з наймасштабніших молодіжних рухів в усьому світі, особливо в Сполучених Штатах, де вона й народилась. Метою цієї наукової статті є відображення феномену цієї ідеї та апофеозу її втілення. Все почалося із зустрічі чотирьох людей, яких поєднувало просте бажання зібрати кошти для музичної студії. Це бажання, в кінцевому результаті переросло у великий культурний захід. Вудсток був піком культури хіпі. Метою статті є також визначення причини глобальної популярності руху хіпі та його раптового занепаду після фестивалю Вудсток. За мету також було поставлено показати справжню історію цих подій. Вудсток не був святом любителів наркотиків, так як вважає більшість людей. Він став проявом ідеї та права на свободу альтернативних поглядів. Ідеї, яка була так сильно засуджена консервативною частиною суспільства, отримали потужну підтримку від найвизначніших митців тих років. Фестиваль музики й мистецтва у Вудстоці був унікальним явищем. Після цієї події, почався спад у розвитку всієї культури хіпі. Жоден інший Вудсток не досяг такої величини. Ця подія є прекрасним прикладом того, що масштабні події можуть мати позитивні і глобальні наслідки. Фестиваль змусив багатьох людей переосмислити суть констант, представлених хіпі, в тому числі свободи, любові і терпимості.

**Ключові слова:** Вудсток, апекс, хіпі, ідентичність, субкультура, толерантність, музика

**Kajetan Szokalski** – Master of on University of Warsaw on Faculty of Journalism and Political Science and Institute of English Studies. Fields of research: Typology of culture, Art Diffusion, Photography, Music performance, PR at mass music events.

**Кастан Шокальські** – Магістр Варшавського університету, факультету журналістики і політології та факультету англознавства. Коло наукових інтересів: типологія культури, дифузія в мистецтві, художня фотографія, музичні виступи, PR масових музичних подій.

**Received:** 15. 02. 2017

**Advance Acces Publischer:** April, 2017

© K. Szokalski, 2017

<sup>9</sup> Frecia Charlotte, Effects of Woodstock, URL: <http://nhdwoodstock.weebly.com/effects-of-woodstock.html>

**ПОСТСУІЦИДАЛЬНИЙ СИНДРОМ У ІДЕЙНИХ  
ФАНАТИКІВ (НА МАТЕРІАЛАХ ПІДПІЛЛЯ ОУН ВОЛИНИ)**

**Ярослав АНТОНІУК,**

Галузевий державний архів Служби безпеки України,  
Київ (Україна)  
history.volyn@gmail.com

**POST SUICIDAL SYNDROME OF IDEOLOGICAL FANATICS  
(BASED ON FILES OF OUN UNDERGROUND IN VOLYN)**

**Yaroslav ANTONIUK,**

Branch State Archive of Security Service of Ukraine,  
Kyiv (Ukraine)  
ORCID ID: 0000-0002-9419-5990  
Researcher ID: E-3588-2017

**Антоніук Я Постсуїцидальний синдром среди идейных фанатиков (на материалах подполья ОУН Волини).** Анализуя постсуїцидальний синдром трьох розглянутих підпольщиків ОУН Волини, можна зробити висновок, що кожен раз він мав суттєві відмінності. Вони залежали від особливостей психологічного і фізичного стану людини, обставин здійснення самоубийства, а також поведінки оточуючих в післясуїцидальний період. Таким чином матеріали про загибель учасників підполья ОУН можуть стати корисними для досліджень суїцидології і кризової психотерапії. Особливо при вивченні самоубийств идейних фанатиків.

**Ключевые слова:** *постсуїцидальний синдром, идейные фанатики, подполье Организации украинских националистов, христианство, инструкции, окружение.*

**Introduction.** The human race has entered into 21<sup>st</sup> century with an issue of ideological fanaticism escalation. The important precondition for its development was a loss of confidence in future by many people and discontent with their place in society. In order to resolve the issue, fanatically attuned individuals were ready not only to kill, but also massively to take their own lives. In consideration of these facts, the post suicidal syndrome research emerges as topical. The underground activity of the Organization of Ukrainian Nationalists in 30th - 40th of 20th century is a valuable source for the study of this matter.

**Aim and task of the study** are to analyze fanatically attuned individual's behavior after an unsuccessful suicide. For this purpose, the biographies of several underground OUN members from the territories of Volyn were examined.

The suicide was perceived differently, from heroization to contempt, depending on the epochs and nations. Sigmund Freud considered the death as an aim of life. The living beings possess an aspiration to revert back to inorganic state, from which they emerged, and the death instinct is a basis for all forms of violence, homicide and suicide<sup>1</sup>. Nevertheless, the suicide is always regarded as a mortal sin<sup>2</sup>. In consideration of this fact, at first sight, the practice of suicide appeared to be abnormal among deeply religious Volyn peasants, who formed the fundamental part in the underground movement.

In order to understand this phenomenon better, it is worthy to quote from a manual for OUN members with encrypted name 'Sanitary instructions for chronic diseases': 'The underground organization is not a cooperation which requires only a statement, it is an iron brotherhood, among

which exists an unconditional trust between all, the highest unity and deference, and heroic codex of honor, aware of the one command only: 'Victory or death!'<sup>3</sup>. Thereby the suicide for the highest idea in guidelines of the underground organizations was harmoniously fitted into the principles of the Christian self-sacrifice, martyrdom. According to Emile Durkheim this kind of a suicide can be classified as 'altruistic' one<sup>4</sup>.

For the desire to devote one's life to the highest goal, the suicidal tendencies, at first sight, could provoke minor psychological traumas. The example of that was an incident occurred with the underground OUN member Mykola Koltoniuk 'Shchupaka'. Mykola was deeply impressed by the death of Eugene Konovalts, the OUN leader in Rotterdam, on May 23, 1938. The Poles favorable reaction to the event, realization of his service as pointless, moral sufferings, finally pushed Koltoniuk for desertion in June the same year. Mykola revealed himself as a mentally ill person, while he was leading a night watch. He claimed he could not remember anything. After that he was sent to Lviv Psychiatric Hospital. Constantly being under observation, Mykola was compelled to take injections and to tolerate tortures with electricity. In the autumn 1938 the military service period of 1914 year conscripts was terminated. Nevertheless, Mykola was not demobilized but shunted to Krakow psychiatric hospital. Exhausted by suffering, he decided to commit a suicide. At night he descended through a window using a bed sheet lace and directed to a guard who was on duty. Mykola attached him suddenly, expecting an immediate death. Instead of what was expected, the guard struck him on the head with a gun stock and the unconscious was car-

<sup>1</sup> Psykholohiia suitsydalnoi povedinky [Psychology of suicidal behavior], Posibnyk, D. Liebidiev, O. Nazarov, V. Sadkovyi ta in., Kharkiv: UTsZU, 2007, S. 12.

<sup>2</sup> Toftul M. Suchasnyy slovnyk z etyki [Modern dictionary of ethics], Zhytomyr: Vyd-vo ZhDU im. I. Franka, 2014, S. 326.

<sup>3</sup> Derzhavnyy arkhiv Rivnens'koyi oblasti (dali – DARO) [State archive of Rivne region], f. R-30, op. 2, spr. 13, Ark. 2.

<sup>4</sup> Psykholohiia suitsydalnoi povedinky: Posib. [Psychology of suicidal behavior], D. Liebidiev, O. Nazarov, V. Sadkovyi ta in., Kharkiv: UTsZU, 2007, P. 15.

ried back to his hospital ward. Nonetheless, Koltoniuk resolutely continued suicide attempts. At second time while trying to 'run across a bullet', he headed for border fortifications. However, the fortune miraculously saved Mykola from the death again. Being nervous, he lost in darkness and came across German positions. It is not clear why the same day Mykola was returned to the Poles, who sent a 'critically ill patient' to a single prison cell of Krakow 'Montelupich' Prison. He was conveyed to psychiatric department of a local hospital in a day. Koltoniuk was quickly 'fading away', being close to the death because he had lost his zest for life. In April 1939 the leader of the sanitary service returned Mykola to his parents to Piddubtsi village, Lutsk district, Volyn region, trying to get rid of a 'terminally ill patient'. Koltoniuk was quickly recovering surrounded by the family and friends, and the resurgence of his ties with OUN returned him optimism and energy. In particular, a present, which is a British Enfield revolver in the 11.6 mm caliber, offered by the underground member Sergii Kachynskyi, revived Mykola greatly. He was looking forward to using it shortly after against his offenders, the detested Poles<sup>5</sup>. Subsequently, in the summer 1943 Koltoniuk completely realized his ambition of revenge by administering elimination of the Poles in Kovel circuit<sup>6</sup>. Apparently his craving for revenge released Koltoniuk from suicidal intents and motivated him to an active life – marriage, fatherhood and also rapid career advancement in the underground<sup>7</sup>.

The post-suicidal syndrome of the OUN circuit commander Oleksandr Panchuk, nicknamed 'Mamai', developed in an absolutely different way. Together with his typist he got into NKVS (People's Commissariat for Internal Affairs) military division encirclement on July 15, 1945 in Synteiv hamlet, Dubno district, Rivne region<sup>8</sup>. Following the instructions, published for the OUN underground of Rivne territory, on September 26, 1944, with a statement 'Do not give up! Fight to the death!', they opened fire on the division<sup>9</sup>. The typist died immediately but Oleksandr decided to shoot himself as he had got serious injuries<sup>10</sup>.

It is worthy to notice that the majority of the encircled underground members chose to commit a suicide<sup>11</sup>. That was the way to keep their organization secrets and save themselves from sufferings of the captivity. That was the criteria which differentiated the ideological fanatics from ordinary suicide victims. The amount of uncompleted suicide attempts among the ordinary suicide victims is ten times higher than successful ones<sup>12</sup>.

Regardless the OUN underground members determination, their suicides often were unsuccessful, due to various circumstances (haste, nervousness, dizziness caused by a wound, etc.). The majority of them instantly attempted suicide one more time if that possibility was available. Some of them had become unconscious and subsequently tried to kill themselves: they through out of hospital windows, attacked

convoy guards, etc. The situation in the case of Mykola Panchuk appeared to be more difficult. He lost his eyes, arms and legs and was delivered to the Municipal Hospital of Dubno in an unconscious state as a consequence of serious wounds and an ineffective suicide attempt. For couple of years the patient had been pretending to be deaf and unable to speak. He was sent to Lviv Psychiatric Hospital on October 17, 1947 being suspected of simulation. Oleksandr started to talk as a result of electric shock therapy which he underwent on January 30, 1948. The doctors discovered that their patient had suffered from 'reactive psychosis with symptoms of surdo mutism', however, they claimed him to be mentally healthy in general. Nonetheless, Oleksandr did not give up even after that. Under interrogation, he claimed that he would not give any evidence. That is how even being 'mutilated he continued to cause damage to the enemy'.

Afterwards, he was again sent to Lviv Psychiatric Hospital. According to the act № 110/115 created by a medical commission, we have an idea about physical and mental state of the patient: 'considering his nervous system condition: both eyes blindness (caused by absence of both eye balls), the tongue is along the midline. The left nasolabial fold is smoothed. The tactile reflexes of upper and lower patient's limbs are strong. The tendon reflexes of the lower limbs are absent. He has tremor occurred in the stretched hand fingers. Considering his psychological state: he has a clear consciousness which responds to surrounding environment and his self-awareness is adequate. The patient provides detailed evidence about himself. He freely gets in contact and has once told that he has not been disappointed in his convictions. There is nothing for him to lose as his family is exiled, and he is blind and unable to move. He claimed that if they treated him badly, he would refuse to talk as a sign of protest. In the ward he conducts himself calmly. Any intellectual or thinking disorders are not detected. He has been dwelling in Lviv Psychiatric Hospital from 17/10/47 to 03/03/49 (the medical record 1739 considering reactive psychosis with symptoms of surdo mutism). He was declared mentally healthy by the Commission on February 6, 1948'.

Being sent back to the prison № 1 of Rivne city, Oleksandr steadfastly refused to talk. Due to the forensic medical expertise on June 23, 1948, the patient was sent for treatment to Vinnytsia Psychiatric Hospital. He was declared to be psychologically healthy one more time by the medical conclusion from July 11, 1949.

Evidently, after that incident his investigators abandoned any hope to uncover at least some important information from the prisoner and took him to court. During the court session Oleksandr conducted calmly even being accused of more than 50 terroristic attacks. He testified that he did not consider himself as a citizen of the Soviet Union and that is why he could not be its traitor. Moreover, he affirmed that a murder of any person committed by him is not proven.

<sup>5</sup> Haluzevyy derzhavnyy arkhiv Sluzhby bezpeky Ukrainy (dali – HDA SB Ukrainy) [Branch State Archive of Security Service of Ukraine], f. 2, op. 58, spr. 3, Ark. 150-151.

<sup>6</sup> HDA SB Ukrainy [Branch State Archive of Security Service of Ukraine], f. 5 spr. 67424, Ark. 46, 95.

<sup>7</sup> Derzhavnyy arkhiv Volyns'koyi oblasti [State archive of Volyn region], f. 4666, op. 2, spr. 5754, Ark. 26-27.

<sup>8</sup> HDA SB Ukrainy, m. Rivne [Branch State Archive of Security Service of Ukraine, Rivne city], f. 5, spr. 7569, Ark. 10.

<sup>9</sup> DARO [State archive of Rivne region], f. R-30, op. 2, spr. 24, Ark. 102.

<sup>10</sup> HDA SB Ukrainy, m. Rivne [Branch State Archive of Security Service of Ukraine, Rivne city], f. 5, spr. 7569, Ark. 10 [Ukrainian state].

<sup>11</sup> Vyedyenyeyev D., Bystrukhin H. Dvobiy bez kompromisiv. Protyborstvo spetspidrozdiliv OUN ta radyans'kykh syl spetsoperatsiy. 1945 – 1980-ti roky [Uncompromising duel. Confrontation between OUN and soviet special operations forces. 1945 – 1980 years], Monohrafiya, Kyiv: K.I.S., 2007, P. 76.

<sup>12</sup> Kharchenko A. "Profilaktyka povtornoji suyitsyda'noji povedinky u hostromu postsuyitsyda'nomu syndrome" [Prophylaxis of repeated behavior in acute post suicidal syndrome], *Ukrayins'kyy visnyk psykhonevrolohiyi*, Kharkiv, 2012, T. 20, P. 85.

Notwithstanding all those arguments, on December 27, 1950 the military tribunal of Carpathian circuit sentenced Oleksandr to execution by fusillade. Attempting to ridicule of the court, he refused to submit a petition for his pardon which was traditional for such cases. Eventually, Oleksandr ordeals were finished on March 30, 1951 when he was fusilladed in Rivne prison<sup>13</sup>.

The post-suicidal syndrome of Mykola Kmet, nicknamed 'Savka', who was in charge of the Regional leadership of OUN communication group, was different from two previously described. The operational and military group of Torchyn local department of MDB (Ministry of State Security) on September 10, 1948 surrounded him in the secret shelter under a house of local citizen of Shepel village, Lutsk district, Volyn region. The proposition to surrender was immediately rejected by Mykola as he had decided to shoot himself<sup>14</sup>. He shot himself in the chin and temple but gunshot wound was not fatal. On a raincoat tent soldiers carried Mykola to a vehicle and then delivered him to a regional hospital<sup>15</sup>. Evidently, the investigators necessitated his testimony tremendously, considering the fact that the captivated underground member was transported by plane to Kyiv Neurosurgical Department of Internal Troops MDB. After several complex surgeries the patient recovered<sup>16</sup>. Probably, his life rescue by the archenemy made an overwhelming impression on Mykola. He reconsidered his deeds and decided to cooperate with MDB employees. Shortly after that a chief of the Regional leadership of OUN Mykola Kozak had become aware of that fact. He wrote in a letter to Vasyl Halasa: 'On the first days of October 1948 he appeared in Lutsk district together with special group of MDB. As a result of his treason the MDB employees uncovered couple of empty secret shelters with an archive. They gained a box with educational and propaganda literature. Savka informed against all the people with whom he had organizational connection etc. Owing to Savka's betrayal MDB had led arrests of our supporters in villages: Boholiuby, Bogushivka, Zabolotsi, Shepel and Ozdenizh. In all the territory MDB had led revisions, raids, arrests and ambushes taking that area into their diligent activity. Savka had been near the '11th' (Ivan Lytvynchuk) third year already and knew a lot of things...'<sup>17</sup>.

Due to informational characteristics of Volyn regional MDB from June 21, 1949, Mykola Kmet provided the investigators with valuable information about the headship of Regional OUN leadership named 'Moskva'. As a fighter agent he entered into a military group, which acted under the guise of underground. As a result of his activity, 100 people connected to OUN were arrested, 15 secret shelters were uncovered, a typography and radio stations were confiscated. In January 1949 Mykola personally killed an OUN chief of Zaturtsi circuit, Volodymyr Topchai. According to major Rozhkov opinion (he was a chief of 4th department of 2-N MDB) Mykola appeared to be 'bold, decisive, disciplined, well-trained employee'<sup>18</sup>.

**Conclusion.** All things considered, the analysis of post suicidal syndrome in three cases had significant differences.

They based on psychological peculiarities and physical state of personality, circumstances of suicide attempt and also surrounding people behavior in post suicidal period.

Right after an unsuccessful suicide attempt, Mykola Koltoniuk committed the next one. The second failure caused a deep depression. The factors that recovered Mykola to his normal physiological state were his return to the circle of relatives and possibility to revenge to his offenders.

In the other case, Oleksandr Panchuk could not repeat a suicide attempt, due to physical inability caused by serious injuries. For a long time he isolated himself from surrounding people and avoided communication. After being tortured with electricity charge he was compelled to give evidence. Nevertheless, he clearly stated that his fight continued by refusing communication and he did not have fear of the death. Oleksandr strived to complete commenced suicide by making fun of the investigators and court.

The third case of Mykola Kmet post suicide syndrome was absolutely distinct from two previously mentioned. After an unsuccessful suicide attempt and following complex treatment, which was provided by the enemy, influenced him to reconsider his deeds. Apparently, his desire to live and to accommodate to new conditions gained a dominant position in his life. Mykola actively joined the process of underground destruction after had betrayed his comrades. He unhesitatingly aimed his entire energy to serve a new ideology.

In conclusion, the materials which consider the OUN underground members' death may be valuable for findings in suicidology and crisis psychotherapy, especially, when studying suicide of ideological fanatics.

**Антонюк Я. Постсуїцидальний синдром ідейних фанатиків (на матеріалах Підпілля ОУН Волині).** Аналізуючи постсуїцидальний синдром трьох розглянутих підпільників ОУН Волині, можна зробити висновки, що кожен раз він мав суттєві відмінності вони залежали від особливостей психологічного і фізичного стану людини, обставин здійснення самогубства, а також поведінки оточуючих в післясуїцидальний період. Таким чином матеріали про загибель учасників підпілля ОУН можуть стати корисними для досліджень суїцидології і кризової психотерапії. Особливо при вивченні самогубств ідейних фанатиків.

**Ключові слова:** постсуїцидальний синдром, ідейні фанатики, підпілля Організації українських націоналістів, християнство, інструкції, оточення.

**Ярослав Антонюк** – кандидат історичних наук, співробітник Галузевого державного архіву Служби безпеки України. Коло наукових інтересів: український визвольний рух у ХХ столітті. Автор 78 наукових праць, в т. ч. 4-х монографій.

**Yaroslav Antoniuk** is Candidate of Historical Sciences, an employee of the Branch State Archive of Security Service of Ukraine. The circle of scientific interest is Ukrainian liberation movement in the XX century. He is the author of 78 scientific works, including 4 monographs.

**Received:** 18-01-2017

**Advance Access Published:** March, 2017

© Y. Antoniuk, 2017

<sup>13</sup> HDA SB Ukrayiny, m. Rivne [Branch state archive of Security Service of Ukraine in Rivne city], f. 5, spr. 7569, Ark. 10, 40-41, 50, 70-75.

<sup>14</sup> HDA SBU, m. Lutsk [Branch state archive of Security Service of Ukraine in Lutsk city], f. 5, spr. 3998, Ark. 56.

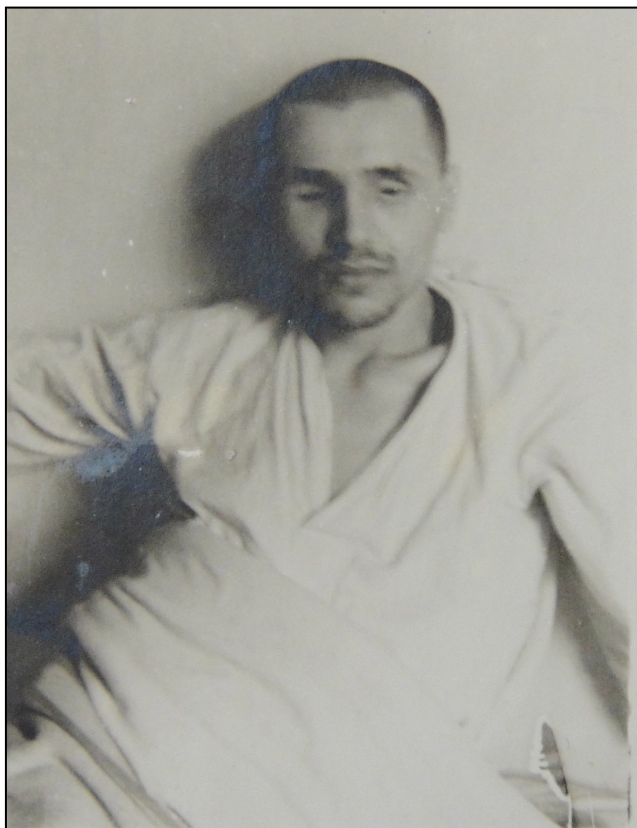
<sup>15</sup> Udakhin P. "Tryvozchni roky. Spohady chekista" [Daunting years. The chekist memoirs], *Radyans'ka Volyn'*, 1972, 11 chervnya.

<sup>16</sup> HDA SB Ukrayiny [Branch State Archive of Security Service of Ukraine], f. 2, op. 59, spr. 17, t. 1, Ark. 25.

<sup>17</sup> Litopys UPA. Nova seriya. T. 16. Volyn' i Polissya u nevidomiy epistolarniy spadshchyni OUN i UPA 1944 – 1954 rr. [Volyn and Polissia in unknown epistolary heritage of OUN and UPA in 1944 – 1954 years], Uporyadnyky: V. Koval'chuk, V. Ohorodnik, Kyiv; Toronto, 2011, P. 469.

<sup>18</sup> Reabilitovani istoriyeyu. Volyns'ka oblast'. Knyha persha [Rehabilitated by history. Volyn region. Second edition], Uporyadnyky: M. Kucherepa, O. Sushchuk, O. Piven' ta in., Lutsk: VAT Volyns'ka oblasna drukarnya, 2010, P. 274.

**Applications:**



*Fig.1 Oleksandr Panchuk (photo 1949)*



*Fig.1 Mykola Yakymchuk (photo 1939)*

**БЛАГОДІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ СВЯТО-ПОКРОВСЬКОГО  
ЖІНОЧОГО МОНАСТІРЯ (М. КИЇВ) У РОЗВИТКУ  
МЕДИЧНОЇ СФЕРИ В УКРАЇНІ НАПРИКІНЦІ ХІХ СТОЛІТТЯ**

**Віта АНЦУПОВА, Валентина ОСТАПЧУК,**

Вищий державний навчальний заклад України "Буковинський  
державний медичний університет" Чернівці (Україна)

**Наталія ПИРОГОВА**

Ліга екскурсоводів м. Києва (Україна), Всеукраїнська  
асоціація гідів, Європейська асоціація гідів.

**Людмила БРИШЕВАЦ**

Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л.Шупика, м. Київ (Україна)

**Григорій ОСТАПЧУК**

Державна установа "Територіальне медичне об'єднання  
міністерства внутрішніх справ України по Чернівецькій області",  
м. Чернівці (Україна)

antsupova.vita@bsmu.edu, uavalyta15@mail.runvp1@ukr.net

judmilabrisevac@gmail.com, valyta15@mail.ru

**CHARITABLE ACTIVITY OF THE HOLY VIRGIN  
PROTECTION MONASTERY (KIEV) FOR THE  
DEVELOPMENT OF THE MEDICAL SPHERE  
IN UKRAINE AT THE END OF THE XIX CENTURY**

**Vita ANTUPOVA, Valentina OSTAPCHUK,**

Higher State Educational Establishment of Ukraine  
Bukovinian State Medical University", Chernivtsi (Ukraine),

**Nataliia PYROGOVA,**

League of Kyiv city guides (Ukraine), Ukrainian

**Ljudmila BRISEVAC,**

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv (Ukraine).

**Grigoriy OSTAPCHUK**

State Institution "Territorial Medical interior Ukraine in Chernivtsi region",  
Chernivtsi (Ukraine)

Researcher ID: C-7503-2017, ORCID 0000-0002-7849-2602

Researcher ID: C-7687-2017, ORCID 0000-0001-9617-7422

ORCID 0000-0002-0938-9433

ORCID: 0000-0002-5200-1852

ORCID 0000-0002-2595-4770

**Віта Анцупова, Наталія Пирогова, Валентина Остапчук, Людмила Бришевац, Григорій Остапчук.** *Благотворительная деятельность Свято-Покровского женского монастыря (г. Киев) для развития медицинской сферы в Украине в конце XIX века.* В статье представлена уникальная информация об основательнице Свято-Покровского женского монастыря Александре Романовой. Раскрывается её благотворительная деятельность и участие в строительстве медицинского городка на территории монастыря. Проведено исследование о вкладе Николаевских больниц Покровского женского монастыря в развитие медицинской сферы в Киеве. Описаны условия работы медицинских работников и пребывания больных. Приведены архивные статистические данные о работе медицинских заведений Свято-Покровского женского монастыря.

**Ключевые слова:** *благотворительность, Свято-Покровский женский монастырь, Николаевские больницы, Александра Романова.*

**Вступ.** Київ наприкінці ХІХ сторіччя являв собою місце, де на базі медичного факультету університету Св. Кн. Володимира, розвивалася та еволюціонувала медична наука. Велике значення для розвитку практичної медицини у Києві мали лікарні, які відкривалися на гроші спонсорів та доброчинців. Київське середовище кінця ХІХ сторіччя формувало благодійні традиції, яскравим прикладом яких є лікарняне містечко Свято-Покровського жіночого монастиря.

Історіографією Свято-Покровського монастиря у Києві займалися Кіркевич В.Г., благодійну діяльність

засновниці монастиря Романової О.П. досліджував Ковалінський В.В. у своїй роботі «Меценати Києва», медичну частину сучасних лікарень на території монастиря досліджували Мойсеєнко В.О., Шостка І.П., Тарченко Н.В. у статті «Відлуння милосердя та благодійництва Свято-Покровського жіночого монастиря».

**Мета.** Дослідження благодійної діяльності Покровського жіночого монастиря у розвитку медичної сфери у Києві та регіоні, вивчення умов, напрямків лікувальних інтересів, статистики, рівня медичних послуг.

Розбудова лікарняного містечка, Миколаївських лі-

карняних закладів Покровського жіночого монастиря, на зламі XIX-XX століть, була здійснена однією з представниць царської родини – Олександри Петрівни Романової (в дівочтві – принцеси Ольденбургської).

В 1878(?) році велика княгиня Олександра Петрівна, дружина великого князя Миколи Миколайовича, третього сина імператора Російської імперії Миколи I, потрапила у дорожньо-транспортну пригоду і отримала важку травму хребта, що спричинило параліч та інвалідність. Це змусило жінку шукати можливість одужання у європейських фахівців, а згодом, у духовних отців святого Афона і, врешті решт, для свого подальшого проживання за рекомендаціями лікарів княгиня оселилась у Києві.

Дивом вважала Олександра Петрівна своє зцілення після 10-річної хвороби, що описувала у своїх листах до митрополита Київського Платона. Восени 1889 року княгиня таємно отримала постриг від афонського ієромонаха, який був у Києві проїздом. Чернечий постриг Романової О.П. під ім'ям Анастасія (грец. – «воскресіння») став відомим після відкриття заповіту після її смерті. За життя Велика Княгиня іменувала себе «послушниця Олександра».

Маючи бажання побудувати не просто духовну обитель, а і дієвий духовний центр, де б черниці виконували обов'язки сестер-доглядальниць, лікувальниць душ та допомагали у фізичних стражданнях, Олександра Петрівна Романова розпочинає будівництво жіночого монастиря з лікарнями: 24 січня 1889 року було освячено місце побудови нової обителі у Києві<sup>1</sup>. Місце було обрано не випадково. Ще за півстоліття до приїзду до Києва княгині, відбулося пророцтво Святого Феофіла Київського, ченця Києво-Печерської Лаври, Христа Раді Юродивого, який на запрошення землевласника Диковського зупинявся на схилах Вознесенської гори, що знаходиться в районі історичної місцевості Києва – Лук'янівці, для усамітнення. І саме на цьому місці він передбачив заснування монастиря «Царственною жінкою». Через півстоліття, пошуки місця для монастиря привели Олександрі Петрівні Романові до спадкоємців Диковського та стали у подальшому частиною легенди заснування нового жіночого монастиря у Києві. Святійший Синод дав дозвіл на укладення монастиря на честь Покрови Богородиці за Студійським уставом 20 (ст. ст.) липня 1889 року.

Будівництво лікарняного містечка велось швидкими темпами. Олександра Петрівна активно і завзято особисто приймала участь у розбудові монастиря та лікарень. Враховуючи, що чоловік Олександри Петрівни, її старший син, та останній цар Російської імперії, теж її родич, носили імена Миколай, то не випадково, що і лікарняні заклади отримали назву Миколаївських, а головний та, до сьогодні, найбільший собор Києва – був освячений на честь Миколи Мирлікійського.

На розбудову обителі княгиня витрачала і свої особисті статки. За згадками її невістки, проводячи екскурсію для своїх поважних родичів царської родини, вона пояснювала: «Ця будівля – мої сережки, тут – моє намисто, а сюди пішли всі мої обручки»<sup>2</sup>.

Поступово, завдяки особистій участі княгині у всіх сферах життя монастиря, монастир стали називати «Княгиніним», а Олександрі Петрівні – «Матушкою Великою». На території монастиря працювали хірургічна лікарня, найбільша в Південно-Західному краю, з каплицею, терапевтична лікарня з каплицею, лікарня, аптека, бараки для хворих, богадільня і амбулаторія. Було облаштовано притулок для невиліковних хронічних хворих жінок, бараки для заразних хворих, анатомічний покій для потреб лікарні<sup>3</sup>. Монастир став притулком для хворих та нужденних. Велика княгиня показала не тільки приклад великої доброчинності, але й особистий подвиг жінки, яка, незважаючи на свої хвороби та високий статус без жалю до себе демонструвала приклад служінню ділу благочинності, особисто вистоювала 3-4 години на складних операціях, доглядала найбільш важких хворих у якості сестри-милосердя, доглядальниці-матері<sup>3</sup>. Вона жила в одній з келій біля першозбудованої дерев'яної церкви монастиря на честь Покрови Богородиці з вікнами до Миколаївського собору, який було закладено за її життя, щоб наочно наглядати за будівництвом Соборного храму. Двері її кімнати ніколи не зачинялись, щоб мати можливість чути прохання про допомогу хворих і навіть вночі доглядати за ними. Роль княгині не обмежувалась тільки фінансовою допомогою в розбудові, а й особистою участю, а головне тією доброю, наповненою любов'ю атмосферою, проникнутою позитивною та лагідною участю самої княгині, яка особисто наглядала за хворими та демонструвала приклад терплячого догляду за нужденними – це створило умови для успішного лікування, проведення необхідних оздоровчих процедур. Її енергійний, позитивний та діючий настрій надихав і сестер, і лікарів, і хворих.

Для паломників було побудовано приймальницю, де розташовувалась кухня, чайна, де можна було знайти ночівлю. При обителі княгині-інокінею було облаштовано притулок для дітей-сиріт, для бідних дітей, школи при притулку, притулок для незрячих.

Навесні 1892 року у монастирській лікарні, княгиня перенесла складну операцію (рак грудей), яку провів професор Ф.К. Борнгаупт (йому асистували головний лікар Миколаївських лікарень Покровського монастиря М.В. Соломка та П.В. Бочаров). З вдячністю за вдалу операцію, княгиня вирішила розширити існуючу лікарню та переобладнати її в велике, за останнім словом тодішньої науки, прекрасно обладнане хірургічне відділення для бідних хворих. Для роботи у лікарні були запрошені найкращі лікарі міста та краю.

У 1896 році Київ відвідав імператор Російської імперії Микола II з дружиною та свитою. На розбудову Покровського монастиря, яким керувала його тітка, він надав фінансову благодійну допомогу, на яку протягом 1897-1898 рр. було побудовано нову будівлю лікарні імператора Миколи II. Після розширення лікарня, яка була розрахована на 60 койко-місць, могла прийняти більше 100 хворих. За перші 4,5 роки до 1 січня 1899 р. лікарня прийняла 1650 хворих, було проведено 974 опе-

<sup>1</sup> Obitel' Matushki Velikoj. Svjato-Pokrovskij zhenskij monastyr' v g. Kieve [Monastery of Mother Great Holy Protection Convent in Kiev], Istoricheskij ocherk, Kiev, 2014, P. 5.

<sup>2</sup> Ibid, P. 17.

<sup>3</sup> Sikorskij I. "O zhizni i konchine Eja Imperatorskogo Vysochestva Velikoj Knyagini Aleksandry Petrovny (v inochestve Anastasii)" [On the life and death of Her Imperial Highness Grand Duchess Alexandra Petrovna (in monasticism known as Anastasia)], *Obzor dejatel'nosti bol'nichnyh uchrezhdenij Imperatora Nikolaja II pri Kievskom Pokrovskom zhenskom obshhezhitel'nom monastyre za 1-e desjatiletie*, Kiev, Tipografija S.V. Kul'zhenko, 1905, P. 6.

рації, а в лікарні для приходящих хворих було прийнято 86 443 осіб.

Першим головним лікарем лікарень Імператора Миколи II Покровського монастиря був Микола Вікторович Соломка (1856-1903 рр.), який ініціював створення в госпіталі першого у Києві рентгенівського кабінету та здійснив спробу створити історико-анатомічний музей<sup>4</sup>.

Справу, яку започаткувала княгиня, її особиста роль в процесі розбудови монастиря та лікарень, справили велике враження на лікарів та членів VI Пироговського з'їзду в Києві в 1897 р. Як писав один з лікарів лікарні покровського монастиря Сікорський І. (батько відомого конструктора гвинтокрилів – Ігоря Сікорського). У звіті наголошувалось на надзвичайній чистоті, вишуканості, розкішному вигляді будівель і всього архітектурного ансамблю Свято-Покровського монастиря, який за декілька років розрісся до справжнього лікарняного містечка. Велику княгиню лікарі описували як неймовірно терплячу, покірну і просту жінку, яка своїм прикладом надихала інших.

1897 рік у Києві сталась епідемія тифу. Крім київської міської Олександрівської лікарні інших лікарень не було. Велика княгиня відкрила у своєму монастирі тимчасову лікарню для ста тифозних жінок. Після цього двері лікарень відкрили Києво-Печерська Лавра та Маріїнська громада сестер-жалібниць Червоного Хреста. У період чумної епідемії в Бомбеї, княгиня включила лікаря Заболотного з лікарні Покровського монастиря до складу чумної експедиції, яка була відправлена до Індії. При чумній епідемії в Андзобі та за Волгою в числі перших були відряджені лікарі Миколаївських лікарень Покровського монастиря: Соломка, Линтварев, Демченко, Титов.

У 1898 р. в Києві відбувався з'їзд натуралістів та лікарів, монастир та його лікарні стали місцем збору лікарів з усього світу, які визнали його кращим не тільки в Києві, а і в Росії<sup>5</sup>. На той час це була найбільша в Південно-Західному краї лікарня, де впроваджувалося лікування всіх видів захворювань (до 500 осіб щоденно), зразково облаштована аптека, в якій безкоштовно відпускались ліки всім хворим, як тим, що лікувалися в лікарні, так і тим, що приходили на консультацію чи за допомогою.

У лікарні було 12 кабінетів, в яких вели прийом більше 20 лікарів. Також були облаштовані кабінети для відпочинку лікарів, які були обставлені з розкішню. Професор Зенц описав лікарню для стаціонарних хворих, яка розташовувалась у двоповерховій будівлі з домашньою каплицею, з їдальнею для хворих, двома операційними залами, де все блищало «чистотою, світом і розкішною обстановкою».

Діяльність монастиря, ініційована особистим при-

кладом княгині Олександри Петрівни Романової стала справжнім медичним центром Києва і всього краю. «Я боюся не смерті, але боюся не встигнути зробити все те, що я повинна ще зробити тут на землі... – часто промовляла Велика Княгиня»<sup>6</sup>. Вона жила в Лікарні, жила Лікарню, працювала в Лікарні, лікувалась в Лікарні та навесні 1900 року 13 квітня померла в розбудованій Лікарні. Згідно останньої волі, інокіню Анастасію (в миру Олександрю Петрівну Романову) було поховано біля Покровської церкви.

В пам'ятній статті на честь княгині Олександри Петрівни Романової після її смерті зазначалось, що «їй бажалось діяльної любові і своїх ідеалів досягти в Покровській обителі, створенням і діяльністю якої було досягнуто перший важкий крок на шляху реальної участі монастирів в справі охорони народного здоров'я. Цим кроком починається нова ера в культурному значенні монастирів на Русі»<sup>7</sup>.

Згідно архівних звітів, у 1893-1903 рр. в лікарні проходили лікування 5020 осіб, померло 347 (смертність 6,9%). У звіті міститься пояснення управління лікарні щодо великої кількості померлих у 1899-1903 рр., коли у Києві була епідемія та наголошувалось на тому, що лікарня монастиря, як лікарняний безкоштовний заклад була дуже популярною серед населення краю і нікому не відмовлялось, навіть безнадійним, в догляданні та лікуванні.

Кількість лікарів з 4 у 1893 р. зросла до 27 у 1903 р<sup>8</sup>. На гроші лікарні після смерті княгині утримувалися<sup>9</sup>: лікарня для приходящих хворих; лікарня з 2 відділеннями на 108 осіб; при ній заразний барак на 12 місць; ізоляційний барак на 5 місць; притулки для невиліковно хворих та для сліпих.

Всі сліпі з притулку були прийняті до монастиря ще за життя княгині і складали церковний хор. Всього в двох притулках у 1893-1903 рр. доглядалось 123 особи, з яких померло 28. З аптек було видано у 1893-1903 рр. безоплатно 501 064 одиниць ліків<sup>10</sup>.

З 1904 р. старшим лікарем був Василь Семенович Ярошевський.

Після революції доля Свято-Покровського жіночого монастиря та Миколаївських лікарень були типові для всіх релігійних закладів Києва. Монастир було закрито та розформовано, майно було вилучено та націоналізовано, територія монастиря була поділена між різними інституціями, лікарні перешли до міської власності, на їх базі були облаштовані медичні організації.

**Висновки.** Сучасна Свято-Покровська обитель продовжує традиції, закладені княгинею Олександрю Петрівною Романовою (після канонізації Святою Анастасією Київською) і продовжує втілювати в життя мрію засновниці – зцілювати душу і тіло.

<sup>4</sup> Ibid., P. 44.

<sup>5</sup> Levickij G. "Eja Imperatorskoe Vysochestvo Velikaja Knyagin`a Aleksandra Petrovna v monashestve inokinja Anastasija" [Her Imperial Highness Grand Duchess Alexandra Petrovna in monasticism, the nun Anastasia], *Obzor dejatel'nosti bol'nichnyh uchrezhdenij Imperatora Nikolaja II pri Kievskom Pokrovskom zhenskom obshhezhitel'nom monastyre za 1-e desjatiletie*, Kiev, Tipografija S.V. Kul'zhenko, 1905, P. 26.

<sup>6</sup> Ibid, P. 14.

<sup>7</sup> Kovalinskiy V. *Mecenaty Kievja* [Maecenas of Kiev], 2-e izd, Kiev, 1998, P.150-174.

<sup>8</sup> Ibid, P. 96.

<sup>9</sup> "Tsyfrovoj otch`ot deyatelnosti bol'nichnyh uchrezhdenij (bol'nicy, lechebnicy, apt'eki i prijuty) za 1900-1903 god" [A digital report on the activities of hospital facilities (hospitals, clinics, pharmacies and shelters) during the period 1900-1903], *Obzor dejatel'nosti bol'nichnyh uchrezhdenij Imperatora Nikolaja II pri Kievskom Pokrovskom zhenskom obshhezhitel'nom monastyre za 1-e desjatiletie*, Kiev, Tipografija S.V. Kul'zhenko, 1905, P. 99.

<sup>10</sup> Ibid, P. 147.



Велика княгиня показала на своєму життєвому прикладі, що може, у найкоротший термін, зробити слабка, хвора людина, яка надихається ідеалами, любов'ю, вірою та енергією дії.

**Antsupova Vita, Ostapchuk Valentina, Pyrogorova Nataliia, Brisevac Ljudmila, Ostapchuk Grigoriy.** Charitable activity of the Holy Virgin Protection Monastery (Kiev) for the development of the medical sphere in Ukraine at the end of the XIX century. Kiev at the end of the XIX century was a place where, based on the medical faculty of the University of St. Kn. Vladimir, developed and evolved medical science. Of great importance for the development of practical medicine in Kiev were hospitals that opened with the money of sponsors and benefactors. The Kiev society of the end of the XIX century formed charitable traditions, a vivid example of which is the hospital town of the Holy Intercession Women's Monastery.

The article presents unique information about the founder of the Holy Intercession Women's Monastery, Alexandra Romanova. Her charitable activities and participation in the construction of a medical town on the territory of the monastery are revealed. A study was carried out on the contribution of the Nikolayev hospitals of the Pokrovsky Women's Monastery to the development of the medical sphere in Kiev. The conditions of work of medical workers and stay of patients are described. Archival statistical data on the work of medical institutions of the Holy Virgin Protection Convent are given.

**Key words:** charity, Holy Protection Convent, Nikolaev Hospitals, Alexandra Romanova.

**Анцупова Віта** – кандидат медичних наук, асистент кафедри фізіології ім. Я.Д. Кіршенבלата, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». Автор понад 50 наукових публікацій. Наукові інтереси: генетика людини, популяційна генетика людини, спадкові порушення метаболізму, історія розвитку медицини в Україні.

**Antsupova Vita** – PhD, assistant Professor Department of Physiology named by Ya.D. Kirshenblat of the Higher State Educational Establishment of Ukraine “Bukovinian State Medical University”. The author of over 50 scientific publications. Research interests: human genetics, population genetics of human hereditary metabolic disorders and history of medicine in Ukraine.

**Пирогова Наталія** – магістр з музейної справи та охорони пам'яток історії та культури, гід, член Ліги екскурсоводів м. Києва, член Всеукраїнської асоціації гідів, учасник радіо- та телепередач, присвячених історії міста Києва, історії медицини, мистецтву, стріт-арту, літературі, сучасному мистецтву, організатор та автор екскурсій по Києву, Чернігову, Батуріну, Умані, Каневі, Україні.

**Pyrogorova Nataliia** – Master of Museology and Protection of Historical and Cultural Monuments, guide, a member of the League of Kyiv city guides (Ukraine), a member of Ukrainian

*Tourist Guides Association, a member of European Federation of Tourist Guide Associations, a member of radio- and TV-programs, dedicated to history of Kyiv, history of medicine, art, street-art, literature, modern art, manager and author tours in Kyiv, Chernigov, Baturin, Uman, Kanev, Ukraine.*

**Остапчук Валентина** – кандидат медичних наук, асистент кафедри педіатрії та медичної генетики, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». Автор понад 40 наукових публікацій. Наукові інтереси: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей, засоби лікування, алейний поліморфізм генів, історія розвитку медицини в Україні.

**Ostapchuk Valentine** – PhD, Assistant Professor of Pediatrics and Medical Genetics, Higher State Educational Establishment of Ukraine “Bukovinian State Medical University”. The author of over 40 scientific publications. Research interests: gastric ulcer and duodenal ulcer in children, treatments, allelic polymorphisms of genes and history of medicine in Ukraine.

**Брішевац Людмила** – асистент кафедри медичної та лабораторної генетики, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Автор понад 25 наукових публікацій, а також 2 навчальних посібників. Наукові інтереси: генетика людини, пренатальна діагностика спадкових хвороб, спадкові порушення метаболізму, медико-генетичне консультування, історія розвитку медицини в Україні.

**Brisevac Ljudmila** – Assistant Professor, Department of Medical and Laboratory Genetics, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education. Author of over 25 scientific publications and 2 Teaching aids. Research interests: human genetics, prenatal diagnosis of hereditary diseases, hereditary metabolic disorders, offering medical genetic consultation and history of medicine in Ukraine.

**Остапчук Григорій** – лікар педіатр вищої категорії, Державна установа "Територіальне медичне об'єднання міністерства внутрішніх справ України по Чернівецькій області". Автор понад 10 наукових публікацій. Наукові інтереси: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки у дітей, засоби лікування.

**Ostapchuk Grigoriy** – pediatrician highest category, State Institution "Territorial Medical interior Ukraine in Chernivtsi region". The author of over 10 scientific publications. Research interests: duodenal ulcer in children, treatments.

**Received:** 11. 03. 2017

**Advance Access Published:** April, 2017

© N. Pyrogorova, V. Antsupova, V. Ostapchuk, Brisevac L., G. Ostapchuk, 2017

<sup>11</sup> Moiseienko V.O., Shostka I.P., Tarchenko N.V. “Vidlunnia myloserdia ta blahodiinytstva Sviato-Pokrovs'koho zhinochoho monastyrja” [Echoes of mercy and charity Holy Protection Nunnery], *Praktykuiuchy likar*, 2016, N. 1, P. 91-94, URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/PraktLik\\_2016\\_1\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/PraktLik_2016_1_17)

**ІСТОРИЯ СТАНОВЛЕННЯ ВИСОКОГО МИСТЕЦТВА  
СУЧАСНОЇ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ УКРАЇНИ**

**Михайло БАДЮК,**

Українська військово-медична академія, м. Київ (Україна)

**Ігор БІРЮК,**

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,  
м. Чернівці (Україна)

**Богдан ЖУПАН,**

Національний військово-медичний клінічний центр, м. Київ

**Ігор ЦИРКОТ, Ірина КУКОВСЬКА, Татяна СИКИРИЦЬКА,**

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,  
м. Чернівці (Україна)

badiuk@ukr.net, biryuk.igor@ukr.net, tsyrkot@mail.ru,

ophthalmil@gmail.com, kukovska.irina@gmail.com, tatyana.sikiritska@list.ru

**HISTORY OF THE FORMATION OF HIGH ART OF  
MODERN MILITARY MEDICINE OF UKRAINE**

**Mykhailo BADIUK,**

Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv (Ukraine),

**Igor BIRYUK,** Higher State Educational Establishment of Ukraine

„Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi (Ukraine),

RESEARCHER ID B-4028-2017

ORCID 0000-0003-3032-8202

**Bogdan ZHUPAN,**

National Military Medical Clinical Centre, Kyiv (Ukraine),

**Igor TSYRKOT, Iryna KUKOVSKA, Tatyana SYKYRYTSKA,**

Higher State Educational Establishment of Ukraine

„Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi (Ukraine)

**Бадюк Михайл, Бірюк Ігорь, Жупан Богдан, Цыркот Ігорь, Куковская Ирина, Сикирицька Татяна. Історія становлення високого мистецтва сучасної військової медицини України.** В статті розглядаються питання сучасної військової медицини в Україні як самостійного державного утворення. Були складені основні етапи національної військової медицини, і були виділені особливості її реформи. Також в статті представлено аналіз заходів регулювання та підтримки реформи військової медицини. Враховуючи дані, отримані з великої кількості архівних джерел та адміністративних матеріалів, особливу увагу було приділено трансформації управління державної медичної підтримкою Збройних Сил України. Визначено деякі недоліки в організації військово-медичної освіти, показані основні перспективні напрями її розвитку.

**Ключові слова:** історія військової медицини, здоров'я, реформа збройних сил.

**Introduction.** The urgency of studying the problems of the formation history of military medicine at the present stage of development is due to the fundamental qualitative changes in warfare and significant restructuring in the organizational structure of the armed forces. Any ill-considered reforms of military medicine can cause new problems during military operations and this radically changes adopted rules and regulations on the organization of medical support of troops. Therefore, there is a need for careful study of the past experience of military medicine and its further usage according to the today's requirements. Detailed study of modern military medicine offers a rich material for theoretical generalizations and practical consequences of opening patterns and trends in the principles development of medical care, and how to predict the future direction of military medical science.

Nowadays defense reform in Ukraine is carried out under hard military-political, operational-and-strategic and economic conditions as a result of military aggression of Russia against Ukraine, the occupation of the sovereign territory of Ukraine – the Autonomous Republic of Crimea and Sevastopol by the Russian Federation. The transformation of the Armed Forces of Ukraine and its medical service

is going on under conditions of warfare on the part of the Donetsk and Lugansk regions within the framework of anti-terrorist operation (ATO). Despite the difficulties of the present and relatively short (25 years since Ukraine gained independence) historical period, Ukrainian military medicine has already had extremely difficult way of transformation. At the same time, given the level of acquired own experience and its direct impact on the organization and principles of medical support of the armed forces in the ATO, it became possible to improve significantly and upgrade the measures and means of providing medical care in the pre-hospital phase.

**The objective** of the study is an attempt to analyze some methodological issues that point to approaches to the investigation of connections and relationships in the history of national military medicine and how it can be used for explaining certain events and facts that affected essentially the major milestones of the present stage of the military medicine formation and development.

**The object, materials and methods.** The object of the research is the medical support system of the Ukrainian Armed Forces and the methods of the study are system and historical analyses. Legislative, legal and regulatory docu-

ments related to reforming the medical support system of the Ukrainian Armed Forces serve as materials of the given research. Scientific publications with information on reforming the military have also been used. Philosophical methods are a means of disclosure of military history and medical measures and promote the full use of the whole arsenal of knowledge to disclose the patterns of the processes and phenomena development in the history of military medicine.

**Results and discussion.** In accordance with the documents (the reform program and development of the Armed Forces of Ukraine), the development of the Armed Forces of Ukraine is officially<sup>1</sup> divided into five main stages: 1st (1991-1996) – the basis *formation* of the Armed Forces of Ukraine; 2nd (1997-2000) – *development* of the Armed Forces of Ukraine; 3rd (2001-2005) – *reform* of the Armed Forces of Ukraine; 4th (2006-2012) – *development* of the Armed Forces of Ukraine; 5th (from 2013) – *improvement* of the Armed Forces of Ukraine. Of course, the aforementioned division of historical periods that meets the terms of government programs is rather conventional. However, in our opinion, this division is logical because all state programs were formed by the new leadership of the Armed Forces of Ukraine introducing certain mechanisms of financial support.

According to O. Melnyk<sup>2</sup>, the first stage of the Ukrainian Armed Forces development, in general, was characterized by the simultaneous introduction of administration control structure, the creation of the legal framework, the structures and number troops reduction. This phase began with the adoption of relevant Resolution by Verkhovna Rada of Ukraine, August 24, 1991<sup>3</sup> which took control of “all military units stationed in the republic” started the creation of a national army and Ministry of Defense. The first attempts of reformation or transformation of the military grouping of the former Soviet army didn't have a clear strategic vision for the future model of the national army and, thus, were limited mainly to indiscriminate cuts. The magnitude of the reduction was unprecedented: only in the first five years of independence over 3500 different military structures, almost 410,000 people personnel have been reduced. The number of weapons and military equipment was significantly reduced: combat aircraft – by 600 units, helicopters – almost by 250, tanks and armored combat vehicles were reduced by 2400 and 2000 respectively. From 1992 to 1996 the number of troops was reduced by 48% and to 370 thousand people. In parallel with the processes taking place in the Armed Forces of Ukraine, there was a transformation of military medicine.

The main objectives of the military medicine establishment during the first phase of laying the foundations of the Ukrainian Armed Forces (1991-1996) were the following: a) awareness of the need for a modern health care system; b) formation of the highest governing body; c) the concept development of combining disparate types of medical services of the former USSR Armed Forces; d) examination of ways of the plan practical implementation.

After the creation of the new ministry, at the directive request of Ministry of Defense of Ukraine, on the basis of

the medical service of the Kiev military district, the office of medical support of the Ukraine Armed Forces Rear Staff was formed, which was renamed in the future to Military Medical Department of the Rear Staff of the Armed Forces of Ukraine. In May 1994, the Military Medical Department of the Rear Staff of the Armed Forces of Ukraine was reorganized into the Central Military Medical Department of the Rear of the Armed Forces, and from October 1994 – into the Main Military Medical Department (MMMD) General Staff of the Armed Forces of Ukraine. At the same time, at the office of the Minister of Defense of Ukraine the office of Service Personnel Health was formed.

The first step in practical formation of the Ukrainian military medicine was the medical service reformation of three military districts (Kiev, Odessa and Prykarpatska district) and units, formations and associations of the Air Forces and Air Defense Troops, 43 Missile Army, Railway Troops, military and construction offices of the Black Sea Fleet of the former USSR into a single medical service of the Armed Forces of Ukraine. The medical services of the above mentioned military associations were independent and subordinate to the military districts rear chiefs, and with the special issues – to the Central Military Medical Department (CMMD) of Ministry of Defense of the USSR. The medicines and medical property supply was completely centralized and depended on CMMD decisions of Ministry of Defense of the USSR.

The first results of a new system of medical provision were not the only association of separate health services into a single national health service of the Armed Forces, but also the governing body exclusion (MMMD) from the direct subordination of the Ukrainian Armed Forces Rear, resulting in further medical care formation as a separate species of comprehensive troops support.

In the same period, creation of a national system of military medical education and research in Ukraine begins. The decision of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated August 19, 1992, №490 “On the Reform of Military Education” stated: “p.9. To the Ministry of Education, Ministry of Health and the Ministry of Defense – for preparing officers with specialties that are not in military schools, to form a Military Medical Branch (MMB) at the Ukrainian State Medical University at the military departments of the Kiev Medical Institute and the Kiev Institute of improvement of doctors eliminated”.

Later this date was seen as establishing the Day of Ukrainian Military Medical Academy. According to the order of the chief of General Staff of Ukraine an organizational group, which began processing the MMB staff, methods and techniques of teaching and educational process, curricula and training programs for students, approval and introduction of the MMB staff, was formed. The enormous preparatory work made it possible to conduct a first intake of students and adjunct in July-August, 1993.

Furthermore, the teachers of Military Department of Bogomolets Kiev Medical Institute, Kyiv Institute of Postgraduate Doctors, and military doctors who come from Ukraine and served in the various regions of the former Soviet Union and returned to his native Ukraine, played a fun-

<sup>1</sup> Informatsiya rozdil “Istoriya” [Information Section “History”], Ofitsiynyy sayt Ministerstva oborony Ukrainy, URL: [www.mil.gov.ua](http://www.mil.gov.ua).

<sup>2</sup> Mel'nyk O. “Oboronna reforma: pevni uspihky, nepevni perspektivy” [Defense reform: some success, uncertain prospects], *Natsional'na bezpeka i oborona*, 2010, N. 4, P. 42-45.

<sup>3</sup> Postanova Verkhovnoyi Rady Ukrainy “Pro viys'kovi formuvannya na Ukraini” vid 24 serpnya 1991 r., N. 1431 [Resolution of the Verkhovna Rada of Ukraine “On military forces in Ukraine” dated 24 August 1991], URL: [zakon.rada.gov.ua/laws/show/1431-12](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1431-12).

damental role in the organization of this work.

In a further development, the decision of the Cabinet of Ukraine dated October, 16, 1995, №820 "On Creation of Ukrainian Military Medical Academy" was officially recognized the fact of the Ukrainian Military Medical Academy (UMMA) establishment, determined the organization and system components of military medical education and science in Ukraine. The UMMA first chief became a candidate of medical sciences (MD – in 2002), Professor (2003) Vladimir Pasko. In July, 1994, the Ukrainian military medics got the emblem of medical service – the staff of Asclepius, a snake entwined and a wreath and viburnum leaves, embedded in the bottom of the Armed Forces of Ukraine Emblem.

The Department of doctors training for the Armed Forces of Ukraine was formed as part of Bohomolets National Medical University, and in the Vinnitsa Medical College there was military and medical department, where began the military doctors assistant's training with educational level of Bachelor.

During this period, according to the order of the Ministry of Health of Ukraine and the Ministry of Defense of Ukraine dated December 15, 1995 №233/332 "On Establishment of Departments of Extreme and Military Medicine" departments of extreme and military medicine in medical universities of Ukraine were established. Based on the order of the Ministry of Defense of Ukraine and the Ministry of Health of Ukraine dated July 18, 1996 №215 / 202 "On Introduction of the Provisions of the Curriculum, Staffing Model of Departments of Extreme and Military Medicine and Organization of Their Work", training of medical students according to program for reserve officers of medical service (Military occupational specialty – 901000).

Thus, during the period of forming the foundations of the Armed Forces of Ukraine (1991-1996), Military medicine of Ukraine has managed to form a "skeleton" of the health care system, has got a capable governing body and has come from the Armed Forces of Ukraine Rear subordination and introduced its own training of personnel resources.

The starting point of the next stage of "development" in the life of the Armed Forces of Ukraine is considered an approval of the Presidential Decree of Ukraine dated January, 20, 1997 "The State Program of Construction and Development of the Armed Forces of Ukraine till 2005". The program provided an opportunity to identify areas of development of Ukrainian troops, clarify objectives, structure, number, ratio of troops, building of the organizational structure of government, joints and units etc. The Ministry of Defense of Ukraine became the central body of executive power and military control; the Armed Forces of Ukraine, the main military administration body – the General Staff of Armed Forces of Ukraine, all types of Ukraine's Armed Forces – Army, Air Force, Army Air Defense, Navy; associations, connections, units, military educational institutions and so on were in its submission.

During 1997-1998, the necessary changes in Ukraine's legislation to further legal support of the program of development of the Armed Forces of Ukraine were conducted: 1. A new edition of the Military Doctrine was developed; 2. The Laws of Ukraine "On Defense of Ukraine" and "On the Armed Forces of Ukraine" were adopted; 3. The Decree of the President of Ukraine "On the Ministry of Defense of Ukraine" and "On General Staff of the Armed Forces of

Ukraine" were approved. The Resolution of the Verkhovna Rada of Ukraine "On the Number of Armed Forces of Ukraine", adopted on December 22, 1998, provided an opportunity to begin the transition to the new system of the Armed Forces of Ukraine and create new provision system.

Military medical service as a part of the Armed Forces of Ukraine took part in all processes taking place in the Ministry of Defense of Ukraine and General Staff of Armed Forces of Ukraine. The leaders of Main Military Medical Department (MMMD) of General Staff of the Armed Forces of Ukraine developed in the short term the concept of the main directions of construction and development of the medical service of the Armed Forces of Ukraine, approved by the Ministry of Defense of Ukraine dated March 03, 1997, and a program of construction and development of medical service of the Armed Forces of Ukraine till 2005. Under the terms of the program Main Military Medical Department of the General Staff of Ukraine was reorganized into the Main Military Medical Department (MMMD) of the Ministry of Defense of Ukraine and therefore transferred to the structure of the Ministry of the Armed Forces of Ukraine. An active work on improvement of the legal framework of the Medical Service of the Armed Forces of Ukraine was continued. The Directive of the Ministry of the Armed Forces of Ukraine determined "...to consider a medical service as an independent type of provision". Thus, military medicine officially withdrew from the submission of the Rear of the Armed Forces of Ukraine.

According to the State program of construction and development of the Armed Forces of Ukraine, measures to further reform of the military health service, reorganization and improvement of medical support in peacetime and wartime were conducted. However, in this period a number of unpopular measures on planned reduction of medical units, establishments and personnel was carried out. Only in the period from 1996 to 1999, the medical service of the Armed Forces of Ukraine held a number of organizational measures for the disbandment and reorganization of 141 military medical units, eliminated all kindergartens (49), which were held by state health service. In result of organizational activities medical service personnel number was reduced to 62% of the total.

During 1998 such administration verticals as medical diagnostic, sanitary-epidemiological and medical supplies vertical were actively developed. The levels of medical service were determined: Main Military Clinical Hospital (MMCH), Kyiv – highly specialized medical care; Central Military Hospital (in Odessa, Lviv, Chernihiv, etc.) – specialized medical care; basic hospitals – specialized and qualified medical care; garrison military hospitals – quality medical care. The main essence of the formation of diagnostic and treatment vertical was an organization of care and treatment in the area of responsibility of health care institution for the specified level (regardless of species identity).

Due to the permanent downsizing of medical services (primarily due to military hospitals), typical staffing hospitals at the appropriate levels were developed. If necessary, there were personnel cuts military hospital, the latter was transferred to the state hospital of a lower level. Temporary provisions on the organization of the military hospitals on a territorial basis were developed.

In order requirements of the Ministry of Defense of Ukraine territorial principle of medical care giving in established Kiev and Vinnitsa military medical centers was prac-

tically implemented. In particular, the task of creating new functional association (Kiev Military Medical Center) were defined innovation of: the creation of medical-and-economic and legal foundations of the system of medical provision on the territorial principle – the development of regulations, guidelines, medical standards development, implementation and monitoring of quality of medical care giving; reorganization of primary health care through the mechanism of territorial districts; reorganization of hospital care for periods of patient care and more.

The system of medical care for the territorial principle was later approved by the Minister of Defense of Ukraine. According to this order for the first time, using the territorial principle of health care, respective military units, regardless of their specific submission, were assigned to the military hospitals.

Under Art. 33 of the Law of Ukraine “On Ensuring Sanitary and Epidemiological People’s Welfare” in the first half of 1998, the State Sanitary and Epidemiological Service (SSES) of the Ministry of Defense Ukraine, as part of a single SSES of Ukraine, was created. Hygienic Administration was displayed on a separate staff out of Main Military Medical Department structure of the Ministry of Defense of Ukraine. Existing sanitary and epidemiological institutions of different levels of subordination (sanitary-epidemiological types of troops armed forces, operational command, garrisons and sanitary-epidemiological laboratory divisions) were restructured and merged into a single sanitary-epidemiological chain of the Ministry of Defense of Ukraine (regional and territorial SES, garrison SES).

At the stage of *development* of the Armed Forces of Ukraine the formation of organizational structure vertical of medical supplies – governments and institutions of medical supplies in peacetime – was almost completed.

Despite these difficulties, the main objective of the *third* phase of construction and development of the Armed Forces of Ukraine (until 2005) was a prospective model of Ukrainian troops in 2010: – high-quality, mobile, multipurpose, armed and equipped with everything necessary.

Military medical service within the specified period continued the development of a new health care system, and to solve it, four major objectives were set:

- improve the health of military personnel;
- improve the quality and efficiency of medical care;
- more efficient use of available resources;
- ensure free access of military personnel, their families and military retirees and population to modern means of diagnosis and treatment.

For this purpose creation of a unified military medical service in the administration of three verticals: medical diagnostic; sanitary and epidemiological; military medical supplies and two systems: military medical education and research, was envisaged.

The special features of the medical service of that period include the active participation of Ukrainian military doctors in international activities and medical support peacekeeping contingents. As of 2003 Ukrainian peacekeepers were in Kosovo (323 troops) and Iraq (1621 people), Sierra Leone (680 people), Lebanon (657 people), where medical care was organized with the requirements of the UN and NATO and presented by medical units of the first and second levels. Medical support of Ukrainian peacekeeping contingents provides with 132 medical professionals, including doctors – 51, nursing staff – 63, nurses – 18 people.

Based on years of experience, a concept of medical support of Ukrainian peacekeeping contingent has been developed and implemented.

At the end of the *third stage* of reforming the Armed Forces of Ukraine for 2003-2005, a significant amount of current events in the Armed Forces of Ukraine was held: conducting of the Defense Review and implementation of defense planning; completion of the transition to Brigadier-forces battalion structure; beginning of functions separation of the Ministry of Defense and the General Staff and the beginning of a gradual transition to civilian Ministry of Defense. During this period, there was a transition in the Armed Forces of Ukraine, from the four-typed structure in three-typed one: 1. Army; 2. Air; 3. Naval forces. However, there was a further reduction in the total number of Armed Forces of Ukraine and active formation of functional structures of the Armed Forces, among them – the Joint Rapid Reaction Force.

Military Medical Service at the time held the subordination of all health care and sanitary facilities with operational commands directly under the Department of health care of the Ministry of Defense of Ukraine. To analyze the health care system in wartime and evaluation of events, field health care institutions were organized: Military field mobile hospital (2003), Military field surgical hospital (2004), Military mobile hospital (2005).

From March 1, 2003 a new order of the Minister of Defense of Ukraine, the Ministry of Education and Science of Ukraine and the Ministry of Health of Ukraine dated February 10, 2003, № 31/68/53 “On Improving Training of Reserve Officers of Medical Service” was adopted. Under this order the Department of Extreme and Military Medicine was renamed the Department of Disaster Medicine and Military Medicine.

In June 2005, the Military Medical Department of the South and West operational command (OC) were reorganized into Regional Medical Administration (RMA) and subordinated directly to the Department of Health of the Ministry of Defense of Ukraine. The following tasks were put at the regional medical administrations: organization of medical support training and daily activities of the region troops (forces); interaction with operational commands and main types commands of Armed Forces of Ukraine on troops medical support (forces); control and coordination of treatment and diagnostic process in medical institutions in the region.

In accordance with the requirements of Directive the Ministry of Defense of Ukraine, medical service identified basic prospective indices of formation of “Reformation Programme of medical provision system of Armed Forces of Ukraine for the period 2006-2011”.

To improve medical support of military units and efficiency of medical care under the territorial principle, the experiment was conducted in military units and institutions of Kiev and Vinnitsa garrisons, to improve the efficiency of medical staff usage. The basis of the experiment was the idea to include doctors and nursing staff of medical units to staffs (outpatient departments) of military hospitals. The use of medical personnel in the military units was viewed as a business trip to the hospitals. Thus, the chief of a military hospital was assigned responsibility for all health care units in the zone of responsibility.

Since the beginning of the *fourth phase* (2006 – 2012), governing body of the Armed Forces of Ukraine enhanced

significantly its legislative work. Among the set of priority measures, conducted by military medical service, there was, reorganization of the Central Military Clinical Hospital in Military medical clinic regions centers (MMCC) (Western, Central, Southern, Northern, Crimean and Main) with determination of regional areas of responsibility; RMA of OC dissolution and introduction of MMCC staffs, in June 2007, operational health departments (OHD), which served as the governing body of the medical support on a defined territory; establishment of the regions (except the Main – Kyiv) of five military mobile hospital (MMH) at MMCC; establishment of Scientific Medical Council at DHC of the Ministry of Defense of Ukraine; establishment of the regional evacuation and transport departments at MMCC; creation of air-transport unit of air ambulance; reforming of military health centers in rehabilitation centers with relevant specialized departments and others.

It should be noted that the implementation of the Program of development of medical support of the Armed Forces of Ukraine, during 2008 the leadership of DHC of the Ministry of Defense of Ukraine for participation MMCC regions a number of measures to check the combat readiness of established military mobile hospitals and special tactical training of field units, scheduled for a particular period, are held. Thus, during September 2008 a simultaneous MMH deployment of MMCC of Central and the Crimea regions and Military field infection hospital based on MMCC of Southern region. About 40% of disposable medical personnel were involved in this exercise.

At the beginning of 2011 in Ukraine General Staff there were created another supreme governing body of Medical Service – Central Military Medical Department (CMMD) of Armed Forces of Ukraine. The main purpose of CMMD creating was the need to plan and implement medical support of Ukraine's Armed Forces in peacetime and times of crisis. At this time, the main problem was the separation of functions and tasks between Ukraine and the MMD of the Ministry of Defense of Ukraine and CMMD of Armed Forces of Ukraine. Despite the Decree of the President of Ukraine, dated April 06.11 №406 / 2011 “On the Regulation of Ministry of Defense of Ukraine and the Regulations of the General Staff of the Armed Forces of Ukraine”, where the main task of the medical support system was delineated between the two governments, all the same finite understanding of functions, tasks and responsibilities could not be reached. This, in our view, is the end of the fourth stage of development (2006 – 2012) as the Armed Forces of Ukraine as its component – military medicine.

From 2013 the final stage of development (stage of *improvement* of the Armed Forces of Ukraine) began whose starting point could be the approval of the Strategic Defence bulletin of Ukraine. Of course, this was preceded by extensive and painstaking work of central executive bodies, involved in solving the problems of security and defense of Ukraine. However, with the beginning of the aggression of Russia (2014) in the south and east of Ukraine, statute of the aforementioned defense bulletin was abolished and gradually lost their validity.

At the request of President of Ukraine Decree №240 / 2016 dated June 6, 2016, a new Strategic Defence Bulletin of Ukraine was put into operation. It identified the need to establish the principles and standards adopted in the states – members of NATO, effective, mobile, equipped with modern weapons, military and special appliances of Defense

forces with model of the year 2020, which can ensure state defense as well as respond adequately and flexibly to military threats to Ukraine's national security, using efficiently the available capacity (ability) and resources of the state.

The main direction of further development of military medicine defined by objectives and major tasks of defense reform is to develop a system of medical support of the Armed Forces of Ukraine, capable to support all components of the defense forces of the state.

**Conclusions.** 1. The study made it possible to determine the phasing of military medicine of independent Ukraine, to identify the main achievements and challenges accompanying the transition process. 2. In conducting the investigation of medical provision and effectiveness of medical care to wounded and sick in a particular war or military operation, it is necessary to consider the decisive influence of the complex of factors, among which the leading role belongs to the nature of the society's political system and level of economic development. 3. During the period of forming the foundations of the Armed Forces of Ukraine (1991-1996), Military medicine of Ukraine has managed to form a “skeleton” of health care system, got competent governing body and come from subordination of Ukraine’s Armed Forces Rear and introduced its own training of personnel resources.

**Бадюк Михайло, Бірюк Ігор, Жупан Богдан, Циркот Ігор, Куковська Ірина, Сикирицька Татяна. Історія становлення високого мистецтва сучасної військової медицини України.** У статті наведено результати аналізу історичних аспектів становлення і розвитку військової медицини України в період незалежної держави та реформування системи медичного забезпечення ЗС України. Проведено структурування основних віх вітчизняної військової медицини, яке дозволило встановити особливості її реформування та умовно виділити п'ять основних етапів: 1-й (1991-1996 рр.) – формування основ ЗС України; 2-й (1997-2000 рр.) – розбудова ЗС України; 3-й (2001-2005 рр.) – реформування ЗС України; 4-й (2006 -2012 рр.) – розвиток ЗС України; 5-й (з 2013 р.) – удосконалення ЗС України. Проведений аналіз нормативно-правового забезпечення заходів з реформування військової медицини дозволив виявити головні завдання щодо її становлення впродовж всіх етапів формування основ ЗС України

Встановлено, що за період 1991-1996 рр. відбулося усвідомлення необхідності створення сучасної системи медичного забезпечення; формування вищого органу управління; розробка концепції об'єднання розрізнених медичних служб видів ЗС колишнього СРСР, а також опрацювання шляхів практичної реалізації цього задуму, що супроводжувалося створенням в Україні національної системи військово-медичної освіти і науки. У 1997-2000 рр. продовжувалася активна робота щодо удосконалення нормативно-правової бази функціонування медичної служби Збройних Сил України, реорганізації та удосконалення системи медичного забезпечення на мирний і воєнний час. Період 2001-2005 рр. характеризувався продовженням розробка нової системи медичного забезпечення, що передбачало створення єдиної військово-медичної служби в складі трьох управлінських вертикалей: лікувально-діагностичної; санітарно-епідеміологічної; військово-медичного постачання і системи військово-медичної освіти. Встановлено, що впродовж 4-го періоду розвитку ЗС України мало місце створення Центрального військово-медичного управління (ЦВМУ) ЗС України, головною метою якого стала необхідність планування і здійснення медичного забезпечення ЗС України у мирний час та особливий період.

З 2013 року основним напрямом розвитку військової медицини, який визначений оперативними цілями та основними завданнями оборонної реформи, стає розробка системи медич-

ного забезпечення ЗС України за принципами і стандартами, прийнятими в державах – членах НАТО.

Враховуючи дані, які отримані з великої кількості архівних джерел, адміністративних та нормативно-правових матеріалів, зроблено особливий акцент на трансформуванні органів управління медичного забезпечення Збройних Сил України. Вказано також на окремі недоліки у реформуванні військово-медичної освіти, виявлено основні перспективні напрями її розвитку.

**Ключові слова:** історія військової медицини, медичне забезпечення, реформування Збройних Сил

**Бадюк Михайло** – начальник кафедри організації медичного забезпечення Української військово-медичної академії, доктор медичних наук, професор, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки. Автор 240 друкованих наукових і методичних праць, у тому числі 6-ти підручників з грифами МОЗ, МОН України, монографій та 36 навчальних посібників, методичних рекомендацій. Науковий консультант і керівник захищених 2 докторських і 8 кандидатських дисертацій. Коло наукових інтересів: медичне забезпечення військ, соціальна медицина та громадське здоров'я.

**Badiuk Mykhailo** – chief of medical support department of the Ukrainian military medical academy, doctor of medical sciences, professor, laureate of the State bonus of Ukraine in area of scitech. Author 240 the printed scientific and methodical works, including 6 textbooks with the vultures of MHU, MSU, monographs and 36 train aids, methodical recommendations. Scientific consultant and leader of protected 2 doctoral and 8 candidate's dissertations. Circle of scientific interests : medical support, social medicine and public health.

**Бірюк Ігор** – завідувач кафедри медицини катастроф та військової медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», кандидат медичних наук, доцент. Автор 140 друкованих наукових і методичних праць, у тому числі 4-х навчальних посібників. Коло наукових інтересів: медицина катастроф, топографічна анатомія, громадське здоров'я.

**Biryuk Igor** – Head of the department of Disaster and Military Medicine Higher Educational Establishment of Ukraine "Bukovina State Medical University", PhD, associate professor. The author of 140 published scientific and methodical works, including 4 textbooks. Research Interests: Emergency Medicine, topographic anatomy, public health.

**Жупан Богдан** – начальник клініки очних хвороб Національного військово-медичного клінічного центру – головний офтальмолог Міністерства оборони України, кандидат медичних наук, доцент. Автор 50 друкованих наукових і методичних праць. Коло наукових інтересів: медичне забезпечення військ, офтальмологія.

**Zhupan Bogdan** – A chief of Clinic of eye diseases of the National Military Medical center, is a main ophthalmologist of Ministry of defense of Ukraine, candidate of medical sciences, associate professor. Author 50 the printed scientific and methodical works.

Research interests: medical providing of troops, ophthalmology.

**Циркот Ігор** – кандидат медичних наук, доцент кафедри медицини катастроф та військової медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». Коло наукових інтересів: травматологія, мануальна терапія. Автор понад 70 друкованих наукових і методичних праць, у тому числі 2-х навчальних підручників з грифами МОЗ, МОН України.

**Tsyrot Igor** – PhD in Medicine, Associate professor of the department of Disaster and Military Medicine in Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University». Research interests: traumatology, manual therapy. Author of more than 70 published scientific and methodical works, including 3 textbooks with stamps Ministry of Health, Ministry of Education of Ukraine.

**Куковська Ірина** – кандидат медичних наук, доцент кафедри медицини катастроф та військової медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». Коло наукових інтересів: медицина катастроф, фармакологія, громадське здоров'я. Автор понад 70 друкованих наукових і методичних праць, у тому числі 3-х навчальних посібників з грифами МОЗ, МОН України.

**Kukovska Irena** – PhD in Medicine, Associate professor of the department of Disaster and Military Medicine in Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University». Research interests: disaster medicine, pharmacology, public health. Author of more than 70 published scientific and methodical works, including 3 textbooks with stamps Ministry of Health, Ministry of Education of Ukraine.

**Сикирицька Татяна** – доцент кафедри офтальмології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», кандидат медичних наук, доцент. Автор понад 140 друкованих наукових і методичних праць, у тому числі 2-х монографій та одного навчального посібника з грифами МОЗ, МОН України. Коло наукових інтересів: офтальмологія, дитяча офтальмологія, громадське здоров'я.

**Sykyrytska Tatyana** – Associate Professor of ophthalmology department of Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovina State Medical University", PhD. Is the author of more than 140 scientific publications, including 2 monographs and 1 textbook, which is recommended by Ministry of Health, Ministry of Education of Ukraine. Research interests: ophthalmology, childrens ophthalmology, Social Health Protection.

Received: 15. 02. 2017

Advance Acces Publischer: April, 2017

© M. Badiuk, I. Biryuk, B. Zhupan, I. Tsyrot, I. Kukovska, T. Sykyrytska, 2017

**СТАНОВЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ**

**Леся ЛОГУШ, Галина ПИЛИП,**

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича,  
 м. Чернівці (Україна)

**Євгенія НАЗИМОК, Василь СТЕФАНЧУК,**

**Володимир МОЙСЮК, Ярослав СТЕФАК,**

**Леонід ЮРЧУК,**

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,

м. Чернівці (Україна)

1722642@mail.ru, ppgalina@ukr.net.

zhenya-gorash@mail.ru vasil.stefanchuk@ukr.net.

vova-62.09m@mail.ru stefak.jar@mail.ru test34567@ukr.net.

**FORMATION OF MEDICAL EDUCATION IN UKRAINE**

**Lesya LOHUSH, Galina PILIP,**

Yuriy Fed'kovych Chernivtsi National University, Chernivtsi (Ukraine),

**Yevheniya NAZIMOK, Vasil STEFANCHUK,**

**Vladimir MOYSYUK, Jaroslav STEFAK,**

**Leonid YURCHUK,**

Higher State Educational Establishment of Ukraine

„Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi (Ukraine),

**Логуш Леся, Пылып Галина, Назимок Євгенія, Стефанчук Василь, Мойсюк Володимир, Стефак Ярослав, Юрчук Леонід. Становлення медичного образования України.** Исследовано историю становления развития украинского медицинского образования и влияние на этот процесс различных исторических событий. Встановлены исторические этапы в реформировании высшего медицинского образования.

Освещены особенности организации учебного процесса в различных медицинских учебных заведениях на каждом этапе развития государства и образовательной политики, что дает возможность правильно оценивать позитивные и негативные тенденции формирования опыта во всех областях государственной политики для создания современных, прогрессивных моделей функционирования Украины и национального образования. Проанализировано организацию и становление медицинского образования в Украине как необходимого компонента в развитии прогрессивного, квалифицированного и здорового общества.

**Ключевые слова:** развитие образования, медицинское образование, учебные заведения, медицинские специалисты, студенты, государство.

**Постановка проблеми.** Коли аналізуєш своє минуле, можеш уникнути багато помилок у побудові свого майбутнього розвитку. Українська держава протягом століть формувалась у різних політичних і соціально-економічних умовах. Важливо правильно оцінювати позитивні та негативні тенденції формування досвіду у всіх галузях державної політики для створення сучасних, прогресивних моделей функціонування своєї країни.

**Мета статті** – виділити і проаналізувати етапи становлення української медичної освіти під час історичних змін на даній території.

Джерельною базою є наукові дослідження різних аспектів функціонування освіти (В. Андрущенко, В. Кремень, В. Огнев'юк), розвитку медичної освіти в Україні на різних історичних етапах (О. Волосовець, Ю. Поляченко, Г. Пилип), присвячені проблемам якості медичної освіти (М. Банчук, М. Білинська, І. Булах), формуванням державної політики країни у працях В. Журавського, В. Гальперіної, впливу Болонського процесу на систему медичної освіти в Україні (Ю. Вороненко, В. Москаленко, О. Панасенко), впливу інтеграційних процесів на розвиток університетської та професійної

освіти в Україні (С. Сисоєва, О. Шовкопляс).

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Якщо розглянути становлення та розвиток медичної освіти, як важливого компоненту у формуванні успішного та здорового суспільства в Україні, то ми поділяємо точку зору вчених (О. Волосовець, В. Москаленко Г. Пилип), які виділяють декілька особливих етапів<sup>1</sup>.

Першим етапом, вважають науковці, що досліджували даний період розвитку країни, є кінець шістнадцятого століття, коли в Російській імперії було створено перші заклади по підготовці лікарів без участі урядових структур – на території України поблизу Львова – Замойська академія (1594 р.), на Волині – Острозька школа (1576 р.), Єлизаветградська медико-хірургічна школа (1787-1797). Відомий діяч і меценат, кн. Костянтин Острозький заснував Острозьку школу, яка пізніше переросла в Греко-слов'янську Академію, де викладались граматики, риторика, діалектика, арифметика, геометрія, астрономія та музика. Лише Львівський університет з медичним факультетом (1773 р.) був відкритим за рішенням австрійського уряду, та у 1805 році приєднаний до Краківського. У період з 1784 по 1805 роки медичний факультет готував лікарів за австрійською програмою,

<sup>1</sup> Volosovecz' O. P. "Problemy` ta perspekty`vy` rozvy`tku vy`shhoiy medy`chnoyi shkoly` v Ukrayini" [Problems and prospects of higher medical education in Ukraine], *Problemy` medy`chnoyi nauky` ta osvity*, 2003, N. 1, P. 4 -7.



традиційною для середньовічних університетів. Курс навчання тривав сім років, із яких три перші – це студії на обов'язковому філософському факультеті, а наступні чотири роки вивчалися фахово-орієнтовані дисципліни (анатомія, фізіологія, фармакогнозія, патологія) та спеціальні – хірургія, акушерство, та ін.<sup>2</sup> З 1805 по 1918 рр. навчання здійснювалося згідно з новою програмою, як у Варшавському університеті і тривало 5 років, було створено 14 кафедр, запроваджено вивчення нових предметів (біологічної хімії, гістології з ембріологією, патологічної анатомії, гігієни, шкірно-венеричних хвороб, педіатрії, нервових та психічних хвороб, оториноларингології, стоматології)<sup>3</sup>.

Другий етап розвитку медичної освіти розпочався з реформування державного управління в Російській імперії. З появою галузевих міністерств система управління медичною справою роз'єдналася: лікувальні установи були підпорядковані Міністерству внутрішніх справ (Експедиція державної медичної управи), а медична наука та підготовка кадрів – Медичній раді. Ця відокремленість зберігалася майже 130 років. За цей період були відкриті університети з медичними факультетами – це Харківський (1805 р.), в Києві – університет святого Володимира (1834 р.) з медичним факультетом у 1841 році, Одеський (1865 р.), відновлений – Львівський (1894 р.). У залежності від політичного стану імперії університети набували та втрачали свою автономність, але університетські статuti сприяли значному підвищенню якості навчання і рівня підготовки лікарів (поява нових клінічних кафедр, курсів, навчання в умовах поліклініки)<sup>4</sup>. Викладачі медичних факультетів були всебічно освіченими людьми, висококласними фахівцями, досвідченими педагогами і прищеплювали своїм студентам зерна високої духовності, гуманістичні погляди, чуйне ставлення до хворих.

Велике значення у розвитку медичної освіти мали лікарські товариства. Харківське медичне товариство (1861 р.) займалося розповсюдженням медичних знань серед населення, сприяло вдосконаленню наукових знань лікарів. Товариство київських лікарів разом зі студентами медичного факультету Київського університету (1881 р.) організували створення служби швидкої допомоги, займалися санітарно-просвітницькою діяльністю.

На початку ХХ ст. в українських містах Російської імперії було 29 вищих навчальних закладів, у яких нараховувалося близько 35 тис. студентів. На третьому етапі (1917-1919 рр.) український уряд спрямував свою діяльність на українізацію освіти<sup>5</sup>. У всіх навчальних закладах предмети викладались українською мовою і на перше місце висувались національні пріоритети. Перший міністр охорони здоров'я України (Міністерство Народного Здоров'я і Опікування – створене в травні 1918 р.) Всеволод Любінський (1840-1920) також і в медичній сфері провадив курс на українізацію держави. Але часу

на вдосконалення освіти та реалізацію нових, прогресивних задумів не було. Міністерство Народного Здоров'я і Опікування ставило перед собою важливіші завдання того часу: поліпшення санітарного становища краю, боротьба з епідемією холери, вирішення питання величезного браку медикаментів і санітарно-гігієнічних засобів.

На той час на Західній Україні діяло 4 вищих навчальних заклади: Львівський університет, Львівський політехнічний інститут (1844 р.), Ветеринарна академія в Дублянах (1855 р.), Чернівецький університет (1875 р.)<sup>5</sup>.

Наступний етап розвитку освіти в тому числі і медичної пов'язаний з діяльністю радянської держави та політизацією всіх навчальних закладів. У цей період проводились "чистки" представників старої медичної інтелігенції, що призвели до втрати кваліфікованих фахівців та нестачі професорсько-викладацького складу. При вступі у вищі навчальні заклади перевага надавалася вихідцям з робітничо-селянського середовища навіть без базової освіти, що в подальшому вплинуло на рівень підготовки майбутніх лікарів<sup>6</sup>. Наркомат освіти України визначив у 1920 р. два типи вищих учбових закладів (академії та інститути теоретичних знань). Але не була розроблена єдина структура організації навчального процесу. Був введений бригадно-лабораторний метод навчання за семінарським типом, лекції були другорядними, державні іспити то скасовувались то знову поновлювались. Навчання тривало 3-4 роки. Практично через кожні 2-3 роки всю систему підготовки лікарів переглядали та поновлювали, жоден випуск не проходив учбовий план по одній системі.

У 1930-ті рр. відновилася університетська освіта, відновлено присудження наукових ступенів кандидатів і докторів наук, а також наукові звання професорів і доцентів. Основними формами навчання й контролю знань стали лекції, семінарські, практичні й лабораторні заняття, виконання курсових і дипломних проектів, іспити, заліки.

На початок 1941 р. система охорони здоров'я Української РСР налічувала 29000 лікарів та 91000 середніх медпрацівників. Навчання медичних фахівців відбувалось у 16 медичних інститутах, 4 інститутах удосконалення лікарів та фармацевтів, і 45 науково-дослідних інститутах республіки. Разом з тим було закрито Український інститут охорони здоров'я в Харкові, заборонено вести статистичний облік захворюваності і смертності людей. У 1945 р. в Україні налічувалося 4780 амбулаторно-поліклінічних закладів та понад 800 санітарно-епідемічних станцій, де працювало до 12000 тис. лікарів. У 1950 р. у лікувально-профілактичних установах України вже працювало 48600 лікарів та 136400 чол. середнього медичного персоналу. У 1970-х рр. ХХ ст. на кожних 300 жителів республіки припадало по 1 лікарю та 3 фахівці середнього медичного персоналу<sup>7</sup>.

Для покращення рівня практичної підготовки ліка-

<sup>2</sup>Ibid.

<sup>3</sup>Klos L.Ye. "Rozvytok medychnoyi osvity na zaxidnoukrayins'ky'x zemlyax u XIII – XIX st." [Development of medical education in West-Ukrainian region in XVIII – XIX centuries], *Visnyk L'vivskogo universytetu, Seriya pedagogichna*, L'viv, 1996, Vyp. 13, P. 27-33.

<sup>4</sup>Lohush L. H. "Periodyzatsiia stanovlennia i rozvytku medychnoi osvity v Ukraini" [Periodization of establishment and development of medical education in Ukraine], *Naukovyi visnyk ChNU, Pedagogika ta psykholohiia: zb. nauk. pr.*, 2007, Vyp. 362, P. 107-111.

<sup>5</sup>Pylyp H. M. "Reorganizatsiia vyshchoi medychnoi osvity v Ukraini naprykintsi XX stolittia" [Reorganization of higher medical education in Ukraine in the late XX century], *Naukovyi visnyk Chernivetskoho universytetu: zb. nauk. pr.*, Chernivtsi, ChNU, 2008, Vyp. 393, Pedagogika ta psykholohiia, P. 91-96.

<sup>6</sup>Volosovecz O. P. "Problemy ta perspektyvy rozvytku vyshchoi medychnoi shkoly v Ukraini" [Problems and prospects of higher medical education in Ukraine], *Problemy medychnoi nauky ta osvity*, 2003, N. 1, P. 4-7.

<sup>7</sup>Zdravooxraneny'e y' medychna nauka v Ukraynskoj SSR [Health and medieval science in the Ukrainian SSR], Pod red. d.m.n. A.E. Romanenko, Kyiv, 1987, Tom 1, P. 479.

рів у 1969 році на всіх медичних факультетах було введено інтернатуру, що підвищило практичну підготовку майбутніх лікарів до професійної діяльності.

Же у 1980-х рр. в Україні діяло 146 вищих навчальних закладів, з них вузів по охороні здоров'я – 15. Під час реорганізації вищої медичної школи в Україні було відкрито у всіх медичних вузах по чотири факультети – це лікувально-профілактичний, санітарно-гігієнічний, факультет охорони материнства і дитинства та одонтологічний. Також була створена єдина державна система охорони здоров'я України, що включала в себе лікувальну справу, санітарно-протиепідемічне обслуговування населення, підготовку медичних кадрів та розвиток медичної освіти<sup>3</sup>.

Ця система діяла протягом 70 років. Централізоване управління цією системою здійснювали Міністерства охорони здоров'я союзних республік. Реалізація такого підходу давала змогу вирішувати проблему забезпечення всіх регіонів медичними працівниками, в її межах сформувалися видатні наукові і клінічні школи, діяльність яких високо оцінювалася не тільки в СРСР, а й за кордоном. Однак така система вищої медичної освіти мала істотні недоліки, головні з яких – жорстка регламентація навчальних планів і програм, уніфікація навчального процесу, одноваріантність підручників, відсутність професійної орієнтації в змісті навчання і традиційна парадигма, «залишковий» принцип фінансування освіти, неухважність до підтримки науково-педагогічних працівників та й практика охорони здоров'я – це тільки надання медичної допомоги, а не робота у напрямку профілактики захворювання та збереження здоров'я нації<sup>2</sup>. В умовах тоталітарного режиму процес навчання, особливо на гуманітарних спеціальностях і в медицині також, був край запобігливим, вища освіта страждала від формалізму і гонитви за показниками. Тому, розвиток системи медичної освіти був щільно пов'язаний зі змінами, що відбувались в суспільстві.

На початку III тисячоліття Україна переживає черговий складний етап свого розвитку. Після здобуття в 1991 році незалежності Україна почала формувати власну систему вищої освіти. Нові завдання, поставлені перед загальноосвітніми і вищими навчальними закладами, згідно Закону України «Про освіту» та в «Національній доктрині розвитку освіти в Україні в XXI ст.», вимагали якісних змін в управлінні всіма ланками системи освіти. В Державній національній програмі «Освіта» («Україна XXI століття») 1993 р. вперше було окреслено шляхи оптимізації системи управління освітою на загально-державному, регіональному та місцевому рівнях, та розглядалися питання, пов'язані з доступом до вищої освіти, змістом та координацією системи вищої освіти, методами викладання, автономією вищих навчальних закладів, державним контролем за освітою, планування й фінансування освіти, демократизацією управління навчальними закладами.

У 1990-х рр. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України почало працювати над основними принципами і конкретними заходами щодо реформування національної вищої медичної школи і наближення її до європейських стандартів. Зокрема, було розроблено і впроваджено кількоступеневу підготовку медичних фахівців: бакалавр (лікар-бакалавр, медична сестра-бакалавр), спеціаліст (лікар); збільшено у навчальних програмах і планах обсяг самостійної роботи студентів, скорочено до двох (замість чотирьох) кількість факультетів, здійснено перехід на півтора-трьохрічну інтернатуру. Ці зміни не були ухвалені всіма медичними закладами і тому не мали підтримки та інтенсивного розвитку<sup>8</sup>.

Уперше, в 1989 р., ректором Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, акад. Є. Гончаруком було проголошено ідею створення концепції неперервної медичної освіти в Україні<sup>9</sup>. Подальшим кроком у цьому напрямі була «Програма розвитку медичної освіти в Україні на період 1993 – 2002 рр.», яку затвердила Колегія Міністерства охорони здоров'я України та схвалена Комісією Верховної Ради України з питань охорони здоров'я<sup>10</sup>.

На початку XXI ст. Україна почала змінювати вектор державної освітньої політики в сторону європейської інтеграції. Для досягнення таких змін у системі вищої освіти, особливо медичної, на думку В. Москаленка, необхідне поєднання таких вагомих чинників: - система підготовки лікарів із системою їх використання для надання первинної, вторинної спеціалізованої і високоспеціалізованої-третинної медичної допомоги населенню; - наявність кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів для підготовки лікарів та помічників; - наявність сучасних моделей медичної освіти<sup>11</sup>.

На четвертому саміті країн-учасників Болонського процесу, який відбувся 19-20 травня 2005 р. в місті Берген (Норвегія), Україна офіційно оформила свій вступ до Болонського процесу (Комюніке конференції Міністрів країн Європи). Саме тому для подальшого розвитку медичної освіти в Україні було створено групу супроводу Болонського процесу при Міністерстві освіти і науки України та Національну групу промоутерів Болонського процесу. Наказом МОЗ України № 148 від 22.03.2004 р. «Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти» було призначено базові медичні навчальні заклади з координації робіт щодо реалізації положень Болонської декларації<sup>9</sup>.

Національна нарада з стратегії розвитку вищої медичної та фармацевтичної освіти України за участю експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я та Всесвітньої федерації медичної освіти розробила Концепцію з реформування медичної освіти в Україні, де чітко сформовано мету реформування<sup>12</sup>. Відповідність системи медичної освіти в Україні вимогам практичної сфери охорони здоров'я населення та підвищення якості підго-

<sup>8</sup> Ponomarenko V. M., Shhborovsiky`j O. M., Yevsyeyev V. I. "Programa reformuvannya sy`stemy` oxorony` zdorov'ya Ukrayiny` i perspekty` vy`yiyi realizaciyi" [Program of health care reform Ukraine and prospects for its implementation], *Visn. socz. gigyeny` ta organizaciyi oxorony` zdorov'ya Ukrayiny*, 1999, № 2, P. 57-61.

<sup>9</sup> Sy`stema bezperervnoyi medychnoyi osvity: metodologiya, upravlinnya [Continuing medical education, methodology, management], Kazakov V.M., Talalayenko O.M., Garina M.G. ta in., Donecz`k, 1994, P.175

<sup>10</sup> Nacional`nyj medychnyj universytet imeni O.O. Bogomol`cya. Proces rozvytku medychnoyi osvity` v Ukrayini na period 1993-2002 rr. [Naionalnyy Bogomolets Medical University. The development of medical education in Ukraine for the period 1993-2002].

<sup>11</sup> Moskalenko V.F. Osvitni reformy: misiya, dijsnist`, refleksiya: monografiya [Educational reform: mission, reality, reflection. Monograph ], Kyiv, 2013, 460 p.

<sup>12</sup> Moskalenko V.F., Yavorovs`kyj O.P., Bulax I.Ye., Ostapyuk L.I. "Modernizaciya navchal`nyh planiv i programpidgotovky likariv vidpovidno do novoyi paradygmy rozvytku yevropejs`kogo osvitiogo prostoru" [Modernization of curricula and training programs for doctors under the new paradigm of development of the European educational space], *Medy`chna osvita*, 2013, N. 2, P. 29-32.

товки медичних кадрів шляхом введення ефективної системи організації навчального процесу; гармонізація вітчизняної медичної освіти вимогам Європейського Союзу.

**Висновок.** Аналізуючи стан національної системи медичної освіти в контексті історичних змін, що відбувались у європейській та світовій економіці, було виділено п'ять етапів розвитку медичної освіти України. У кожному історичному етапі були виставлені основні особливості розвитку освіти, а це дає підстави зауважити, що саме освіта покликана сприяти формуванню інтелектуального потенціалу нації, всебічному розвитку особистості як найвищої цінності суспільства, стати могутнім фактором розвитку духовної культури українського народу. Однак, наближаючись до європейських стандартів, не можна втратити ті позитивні якості освіти, які відрізняють нашу країну, необхідне розумне заповнення кращого і того, що саме потрібно змінити в системі медичної освіти України. Адже освіта є стратегічним ресурсом поліпшення добробуту і здоров'я людей, забезпечення національних інтересів, зміцнення авторитету і конкурентоспроможності української держави на міжнародній арені.

**Lohush Lesya, Pilip Galina, Nazimok Yevheniya, Stefanchuk Vasil, Moysyuk Vladimir, Stefak Jaroslav, Yurchuk Leonid. Historical analysis of medical education.** The article is devoted to the history of the Ukrainian medical education under the influence of historical events in the area. Were given historical stages and their characteristics in the development and reform of higher education, including medical education.

The first stage of medical education is characterized by the creation of the first institutions in the preparation of doctors in Ukraine (Zamoyski Academy (1594), School of Ostrog (1576) Yelyzavethradskaya medical-surgical school (1787-1797) - Russian Empire and Lviv University with medical faculty (1773) was opened by the decision of the Austrian government).

In the second stage were open universities with medical faculties - it Kharkiv (1805) And Kharkov Medical Society (1861)., In Kiev - University of St. Vladimir (1834). From the medical faculty in 1841 and the establishment of emergency services (1881)., Odessa (1865). The third stage (1917-1919) characterized Ukrainization all education, and the fourth - of the operations of the Soviet state and the politicization of education. The next stage of medical training occurs at the end of the twentieth century and the independence of Ukraine.

XXI century was the next step in the development of national medical education, which is aimed at European integration. The article highlights the features of the educational process in different medical schools at every stage of development and state education policy that makes it possible to properly evaluate the positive and negative trends in the formation of experience in all areas of public policy to create a modern, advanced models of functioning of the country and national education.

**Key words:** development, medical education, educational institutions, medical professionals, students, state.

**Логуш Леся** - кандидат педагогічних наук, асистент кафедри фізичної реабілітації Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича. Коло наукових інтересів: розвиток медичної освіти, методика викладання у медичних навчальних закладах, освітня політика держав. Автор 38 наукових праць, статей.

**Lohush Lesya.** - Ph.D., assistant of physical rehabilitation department of Yuriy Fed'kovych Chernivtsi National University. Research interests: development of medical education, methods of teaching in medical schools, educational policy. The author of 38 scientific articles.

**Пилип Галина** - кандидат педагогічних наук, доцент кафедри безпеки життєдіяльності Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича. Коло наукових інтересів: розви-

ток медичної освіти, методика викладання у медичних навчальних закладах, основи здорового способу життя. Автор 68 наукових праць, статей.

**Pilip Galina** - Ph.D., assistant professor of life safety department of Yuriy Fed'kovych Chernivtsi National University. Scientific interests: development of medical education, methods of teaching in medical schools, the foundations of a healthy lifestyle. The author of 68 scientific articles.

**Назимок Євгенія** - кандидат медичних наук, асистент кафедри медицини катастроф та військової медицини Вищого державного навчального закладу «Буковинський державний медичний університет», кандидат медичних наук. Автор понад 70 друкованих наукових і методичних праць, у тому числі 2-х навчальних підручників з грифами МОЗ, МОН України. Коло наукових інтересів: топографічна анатомія, ембріологія.

**Nazimok Yevheniya** - Ph.D., assistant of the Department of Disaster and Military Medicine Higher State Educational Establishment of Ukraine „Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi (Ukraine). Author of more than 70 published scientific and methodical works, in addition, 2 textbooks with the stamp of the Ministry of Health, Ministry of Education of Ukraine. Research Interests: topographic anatomy, embryology.

**Стефанчук Василь** - асистент кафедри медицини катастроф та військової медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». Автор понад 15 друкованих наукових і методичних праць. Коло наукових інтересів: медичне забезпечення військ, соціальна медицина та громадське здоров'я.

**Stefanchuk Vasil** - Assistant of the Department of Disaster and Military Medicine Higher State Educational Establishment of Ukraine „Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi (Ukraine). Author of more than 15 published scientific and methodical works. Circle of scientific interests: medical support, social medicine and public health.

**Мойсюк Володимир** - асистент кафедри медицини катастроф та військової медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». Автор понад 15 друкованих наукових і методичних праць. Коло наукових інтересів: медичне забезпечення військ, соціальна медицина та громадське здоров'я.

**Moysyuk Vladimir** - Assistant of the Department of Disaster and Military Medicine Higher State Educational Establishment of Ukraine „Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi (Ukraine) Author of more than 20 published scientific and methodical works. Circle of scientific interests: medical support, social medicine and public health.

**Стефак Ярослав** - доцент кафедри медицини катастроф та військової медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», кандидат медичних наук. Автор понад 10 друкованих наукових і методичних праць. Коло наукових інтересів: медичне забезпечення військ, соціальна медицина.

**Stefak Jaroslav** - PhD, Assistant of professor of the Department of Disaster and Military Medicine Higher State Educational Establishment of Ukraine „Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi (Ukraine). Author of more than 10 published scientific and methodical works. Circle of scientific interests: medical support, social medicine.

**Юрчук Леонід** - асистент кафедри медицини катастроф та військової медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». Автор понад 5 друкованих наукових і методичних праць. Коло наукових інтересів: медичне забезпечення військ, соціальна медицина.

**Yurchuk Leonid** - Assistant of the Department of Disaster and Military Medicine Higher State Educational Establishment of Ukraine „Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi (Ukraine). Author of more than 5 published scientific and methodical works. Circle of scientific interests : medical support, social medicine.

Received: 21. 03. 2017

Advance Access Published: April, 2017

© L. Lohush, G. Pilip, Y. Nazimok, V. Stefanchuk, V. Moysyuk, J. Stefak, L. Yurchuk, 2017

**ІСТОРІЯ РАДІОЛОГІЇ В КОНТЕКСТІ ДОСЯГНЕНЬ  
 ПРИРОДНИЧИХ НАУК**

**Тетяна БІРЮКОВА, Володимир ФЕДІВ,  
 Олена ОЛАР, Оріся МИКИТЮК,**

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,  
 м. Чернівці (Україна),  
 tanokbir@mail.ru; vfediv@ukr.net;  
 elena.olar@mail.ru, orusia2@gmail.com

**Надія ГАЙДИЧУК,**

Державний вищий навчальний заклад  
 "Чернівецький політехнічний коледж", м. Чернівці (Україна),  
 nadejda2016@gmail.com

**THE HISTORY OF RADIOLOGY IN THE CONTEXT  
 OF THE ACHIEVEMENT OF SCIENCE**

**Tatyana BIRIUKOVA, Volodymyr FEDIV,  
 Olena OLAR, Orysiya MYKYTYUK,**

Higher State Educational Establishment of Ukraine  
 „Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi (Ukraine),  
 RESEARCHER ID C-3855-2017, ORCID 0000-0003-4112-7246  
 RESEARCHER ID D-1027-2017, ORCID 0000-0002-5033-1356  
 RESEARCHER ID C-3084-2017, ORCID 0000-0002-2467-6932  
 RESEARCHER ID C-3687-2017, ORCID 0000-0001-8514-7092

**Nadiya HAYDYCHUK,**

State higher educational establishment  
 "Chernivtsi Polytechnic College", Chernivtsi (Ukraine),

**Бірюкова Татьяна, Федив Владимир, Олар Елена, Гайдичук Надежда, Микитюк Оріся. История радиологии в контексте достижений естественных наук.** В статье рассмотрены основные исторические этапы развития радиологии. Приведены примеры достижений различных направлений развития, использования для диагностических и лечебных целей методик рентгенодиагностики, радионуклидной диагностики; рентгеновской компьютерной томографии.

**Ключевые слова:** рентген, радионуклид, излучения, томография, диагностика, лечение.

**Вступ.** Радіологія – галузь знань, яка вивчає використання іонізуючого та неіонізуючого випромінювання в медицині. Медична радіологія включає в себе дві основні медичні дисципліни: променевою діагностику (діагностичну радіологію) і променевою терапію (радіаційну терапію).

На сьогоднішній день розрізняють такі основні види променевої діагностики: рентгенодіагностику, радіонуклідну діагностику, ультразвукову діагностику, магніто-резонансну візуалізацію, а також термографію, інтервенційну радіологію (виконання лікувальних процедур із одночасним контролем променевою діагностикою). Променевою терапією вивчає застосування іонізуючих випромінювань для лікування хвороб.

**Основна частина.** Розвиток радіології, як самостійної дисципліни, визначається досягненнями фізики, хімії, техніки та біології. Виникненню радіології спонукали відкриття рентгенівських або X-променів (1895) і природної радіоактивності (1896).

У 1895 р. В.К.Рентген,<sup>1</sup> працюючи з катодною трубкою, виявив світіння флуоресцентних кристалів, що знаходилися на столі недалеко від трубки. Трубка була екранована чорним папером, тому Рентген прийшов до висновку про існування невидимих променів, що здатні проходити через папір і скло. Так були відкриті X-

промені, що стало відомо з публікації В.К.Рентгена від 28 грудня 1895 року. Відкриттю X-променів передувало дослідження катодних променів у розріджених газах вченим українського походження І. Пулюєм за допомогою створеної ним «лампи Пулюя» у 80-х роках XIX століття. І.Пулюй опублікував дві статті під назвою “Про виникнення катодних променів і їх фотографічну дію” на сторінках “Доповідей Віденської Академії наук” 13 лютого та 5 березня 1896 р. і тільки 9 березня 1896 р. та 29 квітня В.К.Рентген опублікував у європейських журналах свої результати досліджень X-променів. У 1901 році Рентген за відкриття X-променів став першим лауреатом Нобелівської премії в галузі фізики.

Відразу після відкриття X-променів почали використовувати для діагностики, а згодом і з лікувальною метою. 20 січня 1896 р. у Дортмунді (штат Нью-Гемпшир, США) за допомогою рентгенівських променів лікарі проводили медичне обстеження пацієнта з переломом руки. Спочатку рентгенівські знімки робили для розпізнавання металевих чужорідних тіл, переломів і захворювань кісток. У подальшому були розроблені способи рентгенологічного дослідження серця, легень, шлунка та інших органів. У 1896-1899 рр. з'явилися перші повідомлення про успішне застосування рентгенівського випромінювання для епіляції та лікування дерматозів, а

<sup>1</sup> Bekman I.N. Radiohimia [Radiochemistry], Tom VII, Radiatsionnaya i yadernaya meditsina: fizicheskie i himicheskie aspekty, Moskva, Shelkovo, 2012, 400 p.

а також про спроби провести рентгенотерапію пухлин внутрішніх органів. Під керівництвом Ю.П. Тесленка – Приходька у 1918 р. у Києві було організовано «Київську міську Рентген допомогу».

У 1896 р. Беккерель, вивчаючи мінеральний зразок урану, виявив промені з подібною до рентгенівських променів проникаючою здатністю (їх назвали беккерелівськими променями). Беккерель став першовідкривачем природної радіоактивності. У 1898 р. Резерфорд виявив, що нове випромінювання неоднорідне за складом, відкривши альфа- та бета- промені, а через рік Пол Віллард відкрив гамма-промені. У 1898 р. Марія Складовська-Кюрі та П'єр Кюрі виділили дві радіоактивні речовини: полоній і радій. У 1903 році Беккерель, а також П'єр і Марія Кюрі стали лауреатами Нобелівської премії з фізики за відкриття природної радіоактивності<sup>2</sup>. У наступні 20 років були виявлені всі інші радіоактивні елементи природного походження. На сьогодні відомо біля 40 природних радіоактивних елементів. Необхідно відзначити, що дослідженнями природної радіоактивності займався і наш співвітчизник з Тернопільщини всесвітньо відомий професор Олександр Смакула, який за межами України, в Німеччині, де вчився і працював, в 1927 року завершив наукову працю “Земля і радіоактивність”.

Радій, першим із радіоактивних нуклідів, використовується для лікування злоякісних пухлин і діагностики захворювань серця. У 1899 р. у Швеції була проведена перша успішна спроба лікування ним раку.

У період з 1900-1922 рр. виявлена променева хвороба, що започаткувало вивчення біологічної дії іонізуючого випромінювання. Поширюючись у тканинах організму іонізує випромінювання викликає збудження та іонізацію атомів цих тканин. Розподіл іонів, які утворюються, залежить від природи і енергії випромінювання. Засновником радіаційної біології вважають автора першої в світі монографії з радіобіології - Е.С.Лондона, який досліджував гамма-випромінювання радію на ферменти, токсини та тканини тварин, показавши високу чутливість до цього опромінення кровотворної системи та статевих залоз. У 1925 році Г.С.Філіпов та Г.А. Надсон вперше встановили вплив випромінювання на спадковість, що стало початком розвитку радіаційної генетики.

У 1925 році Герман Блумгард (1895-1977)<sup>3</sup>, який був головним лікарем госпіталю у Бостоні і професором медицини у Гарвардській медичній школі, здійснив першу процедуру діагностики з використанням радіоактивних індикаторів на людях (на самому собі). Він виміряв швидкість кровотоку людини після ін'єкції фізіологічного розчину, який перебував під дією радону. Разом із Отто Єнсом, на той момент студентом 2 курсу медичного факультету, розробив перший прилад, який використовувався в діагностиці з радіоактивними індикаторами. Це була модифікована камера Вільсона. Ця подія фактично стала початком розробки інструментарію ядерної медицини, а Блумгард вважається батьком діагностичної

ядерної медицини. Перший етап використання рентгенівських променів малої потужності і природних радіоактивних ізотопів характеризувався розробкою загальних принципів і методів для радіології<sup>4</sup>.

Важливе значення для розвитку медичної радіології мали роботи Резерфорда. У 1908 році йому було присуджено Нобелівську премію з хімії «за проведені ним дослідження в області розпаду елементів у хімії радіоактивних речовин». У 1919 році шляхом бомбардування атомів азоту альфа-частинками він добився перетворення їх в ядра атомів кисню, тобто перетворення одного хімічного елемента в інший.

В подальшому визначним етапом у розвитку радіології стало відкриття у 1934 році штучної радіоактивності Ірен та Фредеріком Жоліо-Кюрі. За цей винахід у 1935 році вони стали лауреатами Нобелівської премії. Кюрі показали, що при опроміненні певних елементів альфа-частинками народжуються нові хімічні елементи, які володіють радіоактивністю. Вперше з'явилася можливість отримувати радіоактивні елементи штучним шляхом. У 1938 році дослідження лікаря С. Гертца та фізиків А. Робертса, Р.Еванса щодо впливу йодом-121 на функції щитоподібної залози започаткували систематичне використання радіонуклідів у клінічній медицині.

Ще один важливий крок на шляху становлення радіології зробив американський фізик Ернест Орландо Лоуренс. У 30-і роки він запропонував використовувати прискорення елементарних частинок для надання їм високих енергій і в 1931 році, побудувавши перший циклотрон, який став одним з основних джерел отримання штучних радіоактивних елементів і генерації електромагнітних випромінювань високих енергій. За винахід циклотрона в 1939 році Лоуренс став лауреатом Нобелівської премії. З'явилися циклотрони медичного призначення. Італійський фізик Фермі запропонував ефективний спосіб отримання радіоактивних елементів шляхом опромінення стабільних елементів нейтронами. У 1938 році Фермі отримав Нобелівську премію за «демонстрацію існування нових радіоактивних елементів, утворених при опроміненні нейтронами, і за пов'язані відкриття ядерних реакцій, викликані повільними нейтронами». У 1944 р. був запущений перший у світі атомний реактор, який став початком для конструювання реакторів, у яких на сьогодні отримують багато радіонуклідів медичного призначення.<sup>5</sup>

Першим комерційно доступним радіофармацевтичним препаратом став Йод-131. Його комерціалізація почалася у 1950 році. Наступний етап розвитку, який триває й сьогодні, був започаткований відкриттям технецію і його властивостей, спочатку він називався «елементом номер 43». Технецій сьогодні - один з найпоширеніших радіофармацевтичних засобів внаслідок здатності перебувати тривалий час у високоенергетичному стані.<sup>6</sup>

Процес виготовлення радіофармацевтичних препаратів, які використовуються як для діагностики, так і для лікування трудомісткий, оскільки їх неможливо виготовляти у великій кількості, враховуючи, що одна з базо-

<sup>2</sup> Chandra R. Nuclear medicine physics: The Basics [Radiology Pocket Atlas Series], 6 ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2004, 253 p.

<sup>3</sup> Dennis D. Patton. «The Birth of Nuclear Medicine Instrumentation: Blumgart and Yens, 1925». *The journal of nuclear medicine*. 2003, Vol. 44 (8), P. 1362-1365. URL: <http://jnm.snmjournals.org/content/44/8/1362.full.pdf+html>

<sup>4</sup> Davidovits P. *Physics in Biology and Medicine*, 2 ed., Elsevier, 2001, 320 p.

<sup>5</sup> Goris M. *Nuclear medicine applications and their mathematical basis*, World Scientific Publishing Co Pte Ltd, 2011, 284 p.

<sup>6</sup> Zolle I. *Technetium-99m Pharmaceuticals: Preparation and Quality Control in Nuclear Medicine*, Ed. Springer, 2007, 345 p.

вих характеристик – період напіврозпаду – може складати всього кілька годин, тому синтез препаратів часто проводиться індивідуально для кожного пацієнта. Радіофармакологія, яка займається питаннями кінетики радіоіндикаторів і розробкою та оцінкою різних радіофармацевтичних препаратів своїми успіхами завдячує методам математичного моделювання і фізичним методам аналізу.

Радіофармацевтичні препарати є основою радіонуклідної діагностики – методу візуалізації функціонального і анатомічного стану органів і тканин за допомогою випромінювання, отриманого від введеного всередину радіофармацевтичного препарату<sup>7</sup>. Відмінність цього методу від інших методів променевої діагностики полягає в тому, що для візуалізації випромінювання не проходить через тіло пацієнта (рентгенівські методи) і не відбивається від тканин (ультразвукові методи), а генерується всередині (емісійні методи).

Візуалізація органів відбувається за допомогою гамма-камер, у яких енергія поглинутих і розсіяних гамма-квантів перетворюється у фотони видимого випромінювання. Гамма-камера — основний інструмент радіонуклідної діагностики, який розроблений у 1957 році Хелом Енгером. Вимірювання проводять за допомогою радіографії та радіометрії. Використовується з метою ранньої діагностики серцево-судинних, онкологічних та інших захворювань.

Особливий вплив на розвиток радіології здійснила медична інформатика. Активне використання медичної інформатики призвело до виникнення принципово нових методів дослідження, які змінили медичну науку і лікарську діяльність. Створені такі прогресивні діагностичні технології: комп'ютерна, магніто-резонансна і емісійна томографія, ультразвукова та радіонуклідна діагностика. Високотехнологічні методи отримання зображень, рентгенівські методи – цифрова рентгенографія, флюорографія, ангіографія, радіонуклідна сцинтиграфія; ультразвукова візуалізація органів – сонографія, доплерівське картографування; пошарове дослідження органів - томографія<sup>8,9</sup>. За допомогою комп'ютера планується і здійснюється променева терапія.

У 1972 році фізики Г. Хаунсфілд і А.Кормак запропонували метод рентгенівської комп'ютерної томографії, який базується на вимірюванні і складній комп'ютерній обробці різниці ослаблення рентгенівського випромінювання різними тканинами, і в 1979 році за цей винахід вони стали лауреатами Нобелівської премії. Цей метод започаткував сучасну томографію. З її допомогою можна визначити розмір, положення, форму, стан поверхні та будову будь-якого органу, його функції та щільність.

У зв'язку з дією іонізуючого випромінювання на організм і для пояснення його біологічної дії виникла необхідність у детальному дослідженні стимулювання іонізуючим випромінюванням різних радіаційно-хімічних процесів та розпочато детальне вивчення їх характерних закономірностей, що започаткувало нову галузь науки - радіаційну хімію. Термін був вперше введений Мілтоном Бертоном у 1945 році.

У 1946 році Фелікс Блох і Едвард Перселл вперше спостерігали явище ядерного магнітного резонансу, яке

лежить в основі діагностичного методу - магніто-резонансної томографії<sup>10</sup>. Цей неінвазивний діагностичний метод, запропонований у 1973 році професором хімії Полом Лотербуром, дозволяє отримати зображення потрібних ділянок тіла в різних площинах. Розвиток даного методу дослідження відзначені трьома Нобелівськими преміями: 1952 рік - фізики Фелікс Блох і Едвард Перселл, 1991 рік - хімік Річард Ернст, 2003 рік - хіміки Пол Лотербур і Пітер Мансфілд.

**Висновок.** Таким чином, розвиток медичної радіології невід'ємно пов'язаний з визначними досягненнями фізики, хімії, біології, техніки, які неодноразово були відзначені найвищою науковою нагородою – Нобелівською премією.

**Biriukova Tatyana, Fediv Volodymyr, Olar Olena, Haydychuk Nadiya, Mykytyuk Orysa. The history of radiology in the context of the achievements of science.** The article describes the main historical stages of Radiology, directly related to the significant achievements in physics, chemistry, biology and engineering. Radiology - discipline that studies using of ionizing and non-ionizing radiation in medicine. Medical Radiology includes two major medical disciplines: radiodiagnostics (diagnostic radiology) and radiotherapy (radiation therapy). In this article are shown major achievements of science and its application in medicine.

The establishment and development of Radiology started after X-rays (1895) and natural radioactivity (1896) discovering. X-rays were used for diagnosis and later for medical reasons immediately after discovering. Further development of radiology is linked to the following achievements: Rutherford's research led to the discovery of alpha and beta particles, and one year later Paul Villard discovered gamma rays. Studying radioactivity spouses Curie isolated two radioactive substances, polonium and radium. In the period between 1900-1922 appears notion of radiation illness, which initiated studding of biological effects of ionizing radiation. Hermann Blumgart works were the beginning of nuclear medicine instruments. Further remarkable step in the development of radiology was the discovery in 1934 of artificial radioactivity by Irene and Frederic Joliot-Curie. Another important step in the establishment of Radiology made American physicist Ernest Lawrence, who in the 30 years suggested the use of accelerating elementary particles to give them high energy. Italian physicist Fermi proposed effective method of radioactive elements getting by neutrons irradiating to stable elements. A particular influence on the development of Radiology made medical informatics. Active using of medical informatics led to the emergence of fundamentally new research methods that changed medical science and medical activities.

The contribution of Ukrainian scientists in the development of radiology is shown.

**Key words:** radiology, x-rays, radioactivity, ionizing radiation, imaging, diagnosis, treatment.

**Бірюкова Тетяна** - кандидат технічних наук, доцент кафедри біологічної фізики та медичної інформатики, Вищій державній навчальній заклад України «Буковинський державний медичний університет».

**Biriukova Tatyana** - Ph.D., Associate Professor of the Department of Biological Physics and Medical Informatics, Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University".

**Федів Володимир** - доктор фізико-математичних наук, доцент, завідувач кафедри біологічної фізики та медичної інформатики, Вищій державній навчальній заклад України

<sup>7</sup> Nuclear medicine physics. J.J. Pedroso de Lima, Ed. CRC PRESS, 2010, 524 p.

<sup>8</sup> O'Malley C., Waxman B., Drosten S. Diagnosis imaging: nuclear medicine. Treatment: using radiopharmaceuticals, 1 ed., AMIRSYS, 2007, 200 p.

<sup>9</sup> Saha G.B. Physics and radiobiology of nuclear medicine, 3 ed., Springer, 2009, 320 p.

<sup>10</sup> Marusina M. Ya., Kaznacheeva A.O. Sovremennie vidy tomographii [Modern types of imaging], SPbGU ITMO, 2006, 132 p.

«Буковинський державний медичний університет».

**Fediv Volodymyr** - Doctor of Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Biological Physics and Medical Informatics, Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University".

**Олар Олена** - кандидат фізико-математичних наук, доцент кафедри біологічної фізики та медичної інформатики, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».

**Olar Olena** - Candidate of Physical and Mathematical Sciences, Associate Professor of Biological Physics and Medical Informatics, Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University".

**Гайдичук Надія** - викладач фізики та фундаментальних радіотехнічних дисциплін, спеціаліст вищої категорії, державний вищий навчальний заклад "Чернівецький політехнічний коледж".

**Haydychuk Nadiya** - a teacher of physics and radiotechnical fundamental disciplines, specialist of the highest category, State higher educational establishment "Chernivtsi Polytechnic College".

**Микитюк Орися** - кандидат фізико-математичних наук, доцент кафедри біологічної фізики та медичної інформатики, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».

**Mykytyuk Orysyia** - Candidate of Physical and Mathematical Sciences, Associate Professor of Biological Physics and Medical Informatics department, Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University".

**Received:** 29. 03. 2017

**Advance Access Published:** April, 2017

© Т. Biriukova, V. Fediv, O. Olar, N. Haydychuk, O. Mykytyuk, 2017

**МУЗИ З ЛІКАРСЬКИМ САКВОЯЖЕМ: ВІХИ ЛІКАРСЬКОЇ  
ДІЯЛЬНОСТІ І ЛІТЕРАТУРНОЇ ТВОРЧОСТІ, ОБСТАВИНИ  
ТА ПРИЧИНИ СМЕРТІ****Петро ЛЯШУК, Руслана ЛЯШУК,**  
ВДНЗ України «Буковинський державний  
медичний університет», м. Чернівці (Україна),  
Liashuk.ruslana@bsmu.edu.ua**MUSES CARRYING A MEDICAL BAG: MILESTONES OF  
MEDICAL PRACTICE AND LITERARY WORK,  
CIRCUMSTANCES AND CAUSE OF DEATH****Petro LIASHUK, Ruslana LIASHUK,**  
High Educational Establishment of Ukraine  
“Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi (Ukraine)  
RESEARCHER ID: B – 1813-2017  
ORCID ID 0000-0002-6121-6716

**Ляшук Петр, Ляшук Руслана. Музы с врачебным саквояжем: штрихи врачебной деятельности и литературного творчества, обстоятельства и причины смерти.** В статье на основании данных литературы приведены факты общности деятельности врача и литературного творчества. Благодаря последнему эскулапы сыскали большую популярность. Раскрыты обстоятельства и причины смерти рыцарей скальпеля и пера: Степана Руданского и Антона Чехова (туберкулез легких), Михаила Булгакова (хроническое заболевание почек, почечная недостаточность), Викентия Вересаева (инсульт), Ярослава Окуневского (самоубийство), Софии Окуневской (апендикулярный перитонит), Модеста Левицкого (кишечная непроходимость), Яноша Корчака (расстрелянный) и Василия Кархута (инфаркт миокарда, сердечная недостаточность).

**Ключевые слова:** врач, писатель, туберкулез, заболевание почек, инсульт, перитонит, кишечная непроходимость, расстрел, инфаркт миокарда.

**Вступ.** Традиції поєднання медицини і літератури беруть свій початок в Античності. Символ такого дивовижного «шлюбу» - Аполлон, бог поезії і медицини<sup>1</sup>.

Незаперечна плідність подібного об'єднання. Часто медики минулого мали ще й гуманітарну освіту і навпаки – видатні письменники закінчували медичні факультети. Здавна підмічено, що лікарі іноді міняють скальпель на перо. Одних та інших поєднує потреба розібратися у психології людини, її роздумах, мотивах вчинків.

«На сьогодні немає іншої професії, яка б вимагала такого інтимно-проникливого контакту, такої духовної та душевної близькості фахівця з людиною, як професія лікаря»<sup>2</sup>. У ній надзвичайно сплелися медицина і література – ці рівновеликі сфери науки і мистецтва, які пізнають життя людини, проникають у заповітні таємниці її тіла та духу і лікують не тільки скальпелем або завдяки цілющій силі ліків, а й великою магією слова<sup>3</sup>. «Чи не тому це, що існує певна спорідненість у духовному світобаченні, світосприйнятті, необхідному і для літературної творчості, і для діяльності лікаря»<sup>4</sup>.

Питання **медичної історіографії** – великий пласт культури людства, що дає можливість проаналізувати поєднання діяльності лікарів – письменників, зокрема з'ясувати обставини та причини їх смерті. Скажімо, од-

ним із ускладнень дифтерії, яку переніс М. Булгаков, може бути пошкодження нирок<sup>5</sup>. Переїзд його в Петербург (несприятливі кліматичні умови) призвів до прогресування ниркової патології<sup>6</sup>. А. Чехов в юності переніс перитоніт (згодом туберкульозний)<sup>7</sup>. Згодом, після переохолодження, у поета з'явився кашель, мокротиння з прожилками крові<sup>8</sup>. Відомо, що застуда сприяє активізації туберкульозного процесу. В. Кархут повернувся із заслання з проявами астми. Ймовірно, що астма була змішаного генезу (бронхіально-серцева), що призвело до розвитку інфаркту міокарда<sup>9</sup>.

**РУДАНСЬКИЙ Степан Васильович (1833 – 1873 рр.)** – відомий український поет, гуморист, перекладач, лікар. Народився в с. Хомутичях на Поділлі в сім'ї священика.

Свою освіту розпочав у Кам'янець-Подільській духовній семінарії, захоплювався вивченням української літератури.

Під час навчання в Медико-хірургічній академії (Петербург) Степан Руданський захворів на туберкульоз легень. Лікував його славетний терапевт С. П. Боткін. У студентські роки він починає писати «не для слави, а хоч би для кишені, бо біда таки бідною...». Відомо, що недоїдання, сирість помешкання, бідність сприяють ак-

<sup>1</sup> Lixtenshtejn I.E. “O chem dumayut vrachi, o chem pishut pisateli. Somerset Moe” (1874 - 1965) [What do doctors think about what the writers write. Somerset Maugham], *Novosti medicyny i farmacii v mire*, 2013, №7 (455), P. 26.

<sup>2</sup> Pirig L. “Likaryu, bud intelihentom” [Any intellectual Doctor], *Literaturna Ukrayina*, 1988, № 27, P. 6.

<sup>3</sup> Lixtenshtejn E.I. Pomnyt' o bolnom [Remember the sick], K., «Zdorov'ya», 2012, P. 133.

<sup>4</sup> Likari pera i skalpelya [Knights of the pen and scalpel], Vipusk 1, Pid red., O. Kiceri, Lviv, 2011, P. 5.

<sup>5</sup> Sukhareva M., Blyumental K, Oslozhnenyya dyfteryy [Complications of diphtheria], MME, 1966, T.3, P. 544-546.

<sup>6</sup> Likari pera i skalpelya [Knights of the pen and scalpel], Vipusk 1., Pid red. O. Kiceri, Lviv, 2011, P. 109-116.

<sup>7</sup> Shchupak N.B. Vnelehochnyy tuberkulez v klynyke vnutrennykh zabolevanyu [Extra-pulmonary tuberculosis in the clinic of internal diseases], L., 1962, 190 p.

<sup>8</sup> Chexov M.P. Vokrug Chekhova [Around Chekhov], Moskovskij rabochij, 1980, P. 57, 196, 239.

<sup>9</sup> Kurzhakov V. Serdechnaia astma [Cardiac asthma], 1966, T.9, P. 542-543.



тивації туберкульозної інфекції. З палаючим від гарячки обличчям, надсадно кашляючи, поет пише:

В славнім місті Петербурзі, / Недалеко від Неви, / Із болота виглядає / Хата бідної вдови... / А у хаті на постелі / У сурдугі і плащу / Сидить студент медицини / Другий місяць без борщу / («Студент»).

Після закінчення академії 1861 р. С. Руданського, за станом здоров'я, направляють на роботу в м. Ялта. Тривалий час він поєднує обов'язки завідувача лікарні, карантинного лікаря Ялтинського порту і лікаря в маєтку князя Воронцова. У вільний від роботи час поет займається літературною роботою, пише вірші, збирає фольклор, перекладає на українську мову «Слово о полку Ігоревім», «Ліаду» Гомера, для чого вивчив грецьку та старосврейську мови, античну міфологію. Працював він і над безсмертним «Демоном» М. Лермонтова та «Енеїдою» Вергілія, вів археологічні пошуки, близько спілкувався з відомим художником-мариністом І. Айвазовським<sup>10</sup>.

Неочікувано пророчими стали слова С. Руданського, написані в 1857 р.:<sup>11</sup> ...Де була калина, / Там нап'ята буда... / Наверху могили / Чернобилю груди... / І димить Чернобил / Заким запалає... / І «Вічну пам'ять» / Божий птах співає...

Доктора Руданського любили за веселу вдачу, безкорисливість, надзвичайну доброту. Він ніколи не брав плати за лікування від бідних. За висловом І. Франка, Степан Руданський був великим поетичним талантом, найоригінальнішим і найбільш народним. Крім поетичних творів, він публікував гуморески, упорядковував збірники народних пісень.

Влітку 1872 р. в Ялті спалахнула епідемія холери. Степан Васильович активно береться за викриття і ліквідацію вогнищ інфекції. Боротьба з цією особливо небезпечною хворобою у місті, санітарний стан якого не витримував жодної критики, при обмежених штатах і в оточенні недругів (купечества), було не легко. Він занедужав і поставив собі діагноз «холера»... Знесилений виснажливою працею і ослаблений тяжкою хворобою, організм поета не зумів побороти недуги із студентських років – туберкульозу легень -, який тут же нагадав про себе. Третього травня 1873 р. на 39-му році життя С. Руданського не стало... Коли в кронах дерев на кладовищі в Масандрі, де його поховано, шумить вітер, здається тихо-тихо звучить мелодія пісні поета «Повій вітре, на Україну» (музика Л. Александрової). Одну з вулиць Ялти названо ім'ям Степана Руданського<sup>12</sup>. Є така вулиця і в Чернівцях.

**БУЛГАКОВ Михайло Опанасович (1891 – 1904 рр.)** – геніальний український письменник, лікар-хірург.

Народився в м. Києві; будинок, де довгий час мешкала сім'я Булгакових, майже з фотографічною точністю описаний у «Білій гвардії», «Днях Турбінних». Після закінчення медичного факультету Київського університету Св. Володимира М. Булгаков працював земським лікарем. Під час першої світової війни працює хірургом у військовому шпиталі, який був дислокований у Чернівцях, в одному з корпусів нинішньої Чернівецької обласної клінічної лікарні. Згодом був мобілізований в якос-

ті військового хірурга до армії Петлюри, пізніше – до білої армії, з якою дійшов аж до Кавказу. Проте, на відміну від героїв кінострічки «Біг», він повернувся додому.

У 1921 р. письменник поселяється у Москві. Щоб заробити на прожиття він був вимушений братися за різну роботу, в тому числі і в театрі. Пише свою лебедину пісню – роман «Майстер і Маргарита», яку мріє «дописати раніше, ніж померти...». Роман надруковано вже після смерті автора. Всі твори, як і М. Гоголь, він писав російською мовою. Різниця тільки в тому, що у Гоголя негативні персонажі – здебільшого російські чиновники, у Булгакова – в основному – українці, а позитивні – російські офіцери. Його твір «Записки юного лікаря» є енциклопедією знань для медика-початківця.

Під час громадянської війни лікар перехворів на висипний тиф, занедужав на дифтерію при відсмоктуванні дифтерійних плівок із горла хворого підлітка. В результаті ін'єкцій морфіну став наркоманом, до того ж, був схильним до неврозів. Побороти пристрасть до морфію допомогла дружина. Ця тема розкрита письменником в оповіданні «Морфій». Лише через півстоліття Костянтин Сімонов, голова Комісії у справах літературного спадку автора, віднайшов цей маленький шедевр і в 1978 р. опублікував його.

О. В. Шувалов дійшов висновку, що у М. Булгакова можна констатувати різні фобії, які проявлялися частіше при невротичних розладах. Незалежно від волі автора, вони відображаються на характерах героїв його творів<sup>13</sup>. У 1939 р. автор з дружиною виїздить до Ленінграда. Тут його здоров'я остаточно похитнулося: відмовляють нирки, падає зір. Хоча Михайло Опанасович формально відійшов від медицини, він завжди залишався лікарем, сам ставить собі діагноз і прогнозує свої останні дні. 10 березня 1940р. М. Булгакова не стало, в результаті наростаючої хронічної ниркової недостатності (обличчя змінилося до невпізнання, стало жовтуватим і змарнілим, дихання глибоким і шумним, ноги набрякли, наче колоди; в кімнаті – запах амоніаку). Йому було 49 років...<sup>14</sup>. В теперішній час у таких випадках продовжують життя пацієнтів за допомогою екстракорпорального гемодіалізу, пересадки нирки.

**ЧЕХОВ Антон Павлович (1860 - 1904 рр.)** – визначний класик російської літератури, лікар-практик.

Народився в Таганрозі. Дитинство письменника було безрадісним. Хвороби з підліткового віку, праця із студентських років. 15-річним захворів на перитоніт (здогадно туберкульозний), призначене лікування, як він пізніше писав, було марним. Старший брат Михайло Павлович пов'язує захворювання з купанням у гарячій літній день у дуже холодній воді<sup>15</sup>. Застуда, як відомо, може спричинити активізацію туберкульозної інфекції.

Сім'я Чехових переїжджає з Таганрога в Москву. А. Чехов вступає на медичний факультет Московського університету. Жилось важко, квартира в підвальному приміщенні, батько без певного місця роботи, студентом доводилося підробляти літературною працею. У цей час з'являються короткі веселі оповідання, підписані «Антоша Чеханте».

<sup>10</sup> Licari pera i skalpelya [Knights of the pen and scalpel], Vipusk 1. Pid red. O. Kiceri, Lviv, 2011, P. 38-41.

<sup>11</sup> Kolesnyk P.I. Tvorchist Stepana Rudanskoho [Creativity Stephen Rudanskogo], K., Naukova dumka, 1972, T1, P. 5-31.

<sup>12</sup> Prevarska M.I. Ukraïnski poeti. Dovidnik [Ukrainian poet. Directory], K., Veles, 2015, P. 153-157.

<sup>13</sup> Shuvalov A.V. Bezumnye grani talanta [Mad the verge of talent], Enciklopediya patografij, M., Znanie, 2004, P. 191-193.

<sup>14</sup> Licari pera i skalpelya [Knights of the pen and scalpel], Vipusk 1. Pid red. O. Kiceri, Lviv, 2011, P. 109-116.

<sup>15</sup> Chexov M.P. "Vokrug Chexova" [Around Chekhov], Moskovskij rabochij, 1980, P. 57, 196, 239.

Коли точно недуга розвинулася в легенях письменника – важко сказати. В мамі нерідко виривалось: «Антоша знов пробухав всю ніч». А брат Микола згадує, що Антона дошкуляв кашель, частіше вночі, особливо під ранок. Близькі помічали на його носовій хусточці сліди крові. За свідченням брата, в А.Чехова «розхиталися нерви», він погано спав, для літературної роботи залишалось мало часу. У березні 1897 р. під час кашлю «хлинула кров горлом». Ці факти свідчать про вже розвинуту специфічну легеневу патологію. Тим паче, що брат А.Чехова Микола помер від туберкульозу легень у віці 30 років, а двоюрідна сестра – у віці 26 років<sup>16</sup>.

Після закінчення університету Чехов поїхав працювати у провінцію. Робота земського лікаря була різноплановою, відповідальною, а на дільниці Антона Павловича – 25 населених пунктів, часті термінові виклики. Він був спостережливим і знаючим лікарем. Герої його творів часто схожі на самого письменника: доктор Астров («Дядя Ваня»), Корольов («Случай из практики»); медичною тематикою пронизані твори «Зеркало», «Цветы запоздалые» та ін. Галерея Чеховських образів лікарів з їх різними долями і життєвими установками гідна пильної уваги і нинішнього лікарського покоління. А.Чехов займався і науково-дослідною роботою – «Мой Сахалин». Крім цього – громадські обов'язки: гласний Серпухівського земського зібрання, член санітарної ради при управі, опікун земських шкіл своєї дільниці. Не могла не викликати стурбованості і та обставина, що за ним, за наказом «згори», було встановлено таємний нагляд.

А.Чехов писав О.Суворіну 11.09.1888 р.: «Ви радите мені не ганятися за двома зайцями й не думати про заняття медициною. Я почуваю себе більш бадьорим і задоволеним із себе, коли знаю, що в мене два діла. Медицина – моя законна жінка, а література – любовниця. Коли набридне одна, ночую в іншій... від мого віроломства обидві зовсім нічого не втрачають»<sup>17</sup>.

У 1899 р. письменник переїжджає в Ялту. Хвороба не відпускала. Проф. В.Шуровський, фахівець з легневих захворювань, констатував прогресування процесу в легенях і наполегливо радив лікуватися кумисом. А.Чехов з дружиною відправляється у кумисний санаторій в Уманській губернії. Через деякий час він писав сестрі: «...кашель зменшився, прибавив 11 фунтів, кумис п'ю по 4 пляшки на день». Через місяць він уже дома, в Ялті. Своему університетському колезі пише: «Я не зовсім здоровий. Поки був на кумисі, все йшло добре, а тепер став кашляти й кисну фізично»<sup>18</sup>. У листах до дружини, до друзів у 1902 – 1903 рр. усе сильніше звучать песимістичні ноти. Він пише, що літом йому набридають гості, а взимку сирість, погода паскудна, не по-кримськи сувора, плеврит поклав його в ліжко<sup>19</sup>.

У кінці 1903 р. проф. А.Остроумов радив йому залишити Ялту, переїхати для проживання під Москву<sup>20</sup>. У червні 1904 р. А.Чехов разом з дружиною їде на південь Німеччини в легеневий курорт Баденвейлер. Напередодні від'їзду, письменник сказав М.Телешову: «Завтра від'їжджаю. Прощайте. Їду помирати». Стан здоров'я письменника з кожним днем погіршувався. Німецький проф. Евальд, оглянувши пацієнта «недвозначно знизав плечима – цей жест можна зрозуміти так: «Для чого було везти тяжкохворого так далеко?». Чехов погляд піймав і зрозумів»<sup>21</sup>. Туберкульоз на той час був невиліковним.

Ось як описані останні хвилини життя Антона Павловича: «Вночі з 2-го на 3-тє липня прокинувся і звелів послати за лікуючим лікарем Шверером. Лікар приїхав о другій годині, впорснув камфору, дав кисень. А.Чехов спокійно сказав лікарєві: «Ich sterbe» (я помираю). Повернувся до стінки і затих. Була третя година ночі»<sup>22</sup>. Це останній запис в історії хвороби А.Чехова. Його ім'я близьке і дороге душі та серцю кожного, хто вмє мислити, відчувати біль і співчуття.

**ВЕРЕСАЄВ (СМІДОВИЧ) Вікентій Вікентійович** (1867 – 1945 рр.) – лікар-хірург, письменник, видатний представник критичного реалізму початку ХХ ст.

В.Вересаєв був сином відомого тульського лікаря і громадського діяча. Після Тульської гімназії він закінчив медичний факультет Дерпського університету. Під час канікул працював у лікарні товариства тульських лікарів, разом з батьком приймав хворих, виїжджав на боротьбу з холерою в Катеринославську губернію. Згодом працює позаштатним лікарем Петербурзької барачної лікарні, якою керував видатний клініцист С.П.Боткін.

Літературну діяльність В.Вересаєв розпочинає ще в студентські роки («Загадка», «Без дороги», «Порив» та ін.), героями багатьох його творів є земські лікарі, типові представники російської інтелігенції кінця ХІХ ст. Як і А.Чехов, він показував у своїх творах жахливі картини російської дійсності. Ставлення лікаря-письменника до хворого проникнуте духом високого гуманізму: «Треба бути з ним (хворим) завжди чесним, хоч і не завжди йому можна сказати правду; завжди слід думати про те, щоб піднести його дух, вселити хворому віру в зцілення, завоювати його віру до себе, винаходити, фантазувати, створювати хороший бадьорий настрій»<sup>23</sup>.

Проминуло дев'ятнадцяте століття, на світанку якого з'явилися «Записки лікаря». Але й сьогодні сучасний медик з хвилюванням гортає сторінки безсмертного автобіографічного твору. У ньому відображені етичні, соціальні й особисті проблеми, які виникають у молодого лікаря, коли він тільки починає самостійну роботу. Цей твір повчальний як для фахівців медицини, так і для широкого загалу (у 1903 р. книга була надрукована українською мовою).

<sup>16</sup> Evdokimov P.P. "K istorii bolezni A.P.Chekhova" [On the history of Anton Chekhov's disease], *Klin. med.*, 1986, № 12, P. 125-126.

<sup>17</sup> Cikavi buvalshhini (prigodi z zhittya vidatnix lyudej) [Interesting Fact (adventures from the life of famous people)], K., «Dnipro», 1966, P. 291-292.

<sup>18</sup> Chekhov A.P. Polnoe sobranie sochinenij i pisem [Complete works and letters], Moskva, Xudozhestvennaya literatura, 1950, T. 11, P. 95, 103, 111, 390.

<sup>19</sup> Xizhnyakov V.V. Anton Pavlovich Chekhov kak vrach [Anton Chekhov as a doctor], Moskva, Medgiz, 1947, P. 51; Sobolev Yu. Neizdannye stranicy [Unpublished pages], Moskva, 1916, pismo N. 147.

<sup>20</sup> Teleshov N.D. Zapiski pisatelya [Notes of the writer], Ordzhonikidze, 1957, P. 89.

<sup>21</sup> Malyugin L. "Anton Chekhov (povest - xronika)" [Anton Chekhov (novel - Chronicle)], *Sovetskij pisatel*, M., 1983, P. 560, 564.

<sup>22</sup> Licari pera i skalpelya [Knights of the pen and scalpel], Vipusk 1. Pid redakcieyu O.Kiceri, Lviv, 2011, P. 196-199.

<sup>23</sup> Ibidem, P. 69-76.

У 1904 – 1906 рр. Вікентій Вікентійович бере участь у російсько-японській війні. На полі бою він створює «Оповідання про японську війну», «На війні». Це документи величезної викривальної сили, проникнуті духом справжнього демократизму. Він говорив, що успішність лікарських зусиль значною мірою залежить від чуйності лікаря, його вміння ввійти в душевний контакт з хворою людиною<sup>24</sup>. Він відомий також як автор критичних статей з літературознавства, спогадів.

Смерть застала В. Вересаєва за редагуванням останньої пісні «Іліади» Гомера. Велике творче життя письменника закінчувалося. Вересаєв, як лікар, розумів це за низкою симптомів: погіршилося загальне самопочуття, все більше підвищувався артеріальний тиск, мучив головний біль, знижувалася працездатність. Він навів порядок на своєму робочому столі і приготувався до смерті, проте інтерес до життя не зникав. Другого червня 1945 р. він ще працював над своїм улюбленим Гомером. Коли відчув себе зле, то змушений був прилягти. Мовчки пролежав добу, часто впадаючи у напівсвідомий стан... Вечері 3 червня його не стало<sup>25</sup>. Безумовно, що напружена розумова праця, вікові зміни в судинах головного мозку, високий артеріальний тиск, призвели до гострого порушення мозкового кровообігу (інсульту), про що свідчать вищенаведена симптоматика. Можливості медичної допомоги у ті часи були обмежені.

**ОКУНЕВСЬКИЙ Ярослав Іполітович** (1860 – 1929 рр.) – адмірал медичної служби австрійського флоту, дійсний член Наукового товариства ім.Т. Шевченка, лікар.

Я. Окуневський народився в патріотичній багатій традиції священицької українській родині в с. Радівцях на Буковині. Він був представником роду, який подарував Україні відомих політичних і культурних діячів. З цього ж роду походить і Софія Окуневська – Марочевська. Після Коломийської гімназії він закінчив медичний факультет Віденського університету. А далі – тринадцятирічна служба на флоті. Туга за Україною не полишає його ніде: ні в Гімалаях, ні в Греції, Туреччині, ні на Цейлоні, в Китаї чи Америці. І всюди – усюди бачить він українські могили: на Криті, на Шипці, під Мадженто і Сольферіно... Його нариси, що відзначаються глибокою спостережливістю, аналітичною думкою, елегантним літературним стилем та іскрометним гумором друкуються в українській періодиці Галичини, а згодом – окремою книжкою «Листи з чужини». Деякі його нариси входять до шкільних підручників.

Ярослав Окуневський заслужив низку відзнак і нагород: лицарський хрест Ф.Йосипа, орден іспанської королеви, французький орден Почесного легіону, китайський орден Дракона. Йому належить розробка першого статуту медичної служби військово-морського флоту, згодом цей статут візьме за основу багато держав світу.

Після проголошення ЗУНР доктор Окуневський став організатором і керівником Державної медичної місії республіки. Відправляє для армії низку ешелонів з медикаментами, устаткуванням перев'язочних та операцій-

них, матеріалів, наметами. Мандрівки Я. Окуневського врешті закінчуються, він «кинув якір» в Яворові, успішно підтримує «Просвіту» та «Січ», виступає в пресі з публікаціями на захист земляків від сваволі можновладців<sup>26</sup>. Останні 10 років Ярослав Іполітович прожив у Городенці, на Івано-Франківщині, де працював лікарем у лікарні, яку свого часу збудував за власні кошти.

Трагічний кінець настав 24 жовтня 1929 р. Деякі джерела подають, що це було самогубство, інші, обережно говорять про «трагічну загибель». Причини для самогубства, безумовно, були: відчай, безнадія, падіння ідеалів. А ще – матеріальна скрута, бо польський уряд відмовився виплачувати австрійському адміралові військову пенсію, а всі його заощадження віддані справі відродження української державності. За радянської влади його гробівець було сплюндровано. Зараз він взятий під охорону держави як пам'ятка історії та культури. В кількох містах названо його іменем вулиці, засновано премію ім. Я. Окуневського та нагрудний знак, який належить до загальнофлотських відзнак<sup>27</sup>.

**ОКУНЕВСЬКА – МОРACHEВСЬКА Софія Атанасіївна** (1865 – 1926рр.) - перша жінка – лікар, письменниця та активна діячка жіночого руху у Західній Україні.

Народилася у с. Довжанка на Тернопільщині в родині греко-католицького священика. В 1870 р. сім'я переїхала на Буковину (с. Садгора). Батько після закінчення медичного факультету Віденського університету відмовився від священного сану і працював повітовим лікарем у містечку Сторожинець, що на Буковині.

З роду Окуневських вийшло чимало знаменитих особистостей, які в несприятливих, дискримінаційних, окупантських умовах здобували освіту, ставали лікарями, священиками, носіями і діячами українського національного руху, просвітителами і рушійниками національної свідомості та культури українців<sup>28</sup>.

У ті часи майже не існувало середніх шкіл для дівчат. Жінкам не дозволялося складати іспити на атестат зрілості. Завдяки великим зусиллям і клопотанням С. Окуневська блискуче склала обов'язкові іспити на атестат зрілості при Львівській академічній гімназії. Вищу освіту С. Окуневська здобула в Женеві. Вона була не тільки першою жінкою-лікарем Західної України, але й першою в Австро-Угорщині українкою, яка закінчила університет. Оскільки на теренах Австро-Угорщини не визнавали закордонного диплома, вона підтвердила його на засіданні Сенату Краківського університету. Почергово працювала в Чехії і Сторожинці<sup>29</sup>.

С. Окуневська заохочувала переважно німецькомовну О. Кобилянську писати українською мовою. Для О. Кобилянської та інших представниць «слабшої» половини людства» вона стала зразком того, що жінка може не тільки обмежуватися передбачуваними тодішньою мораллю обов'язками «трьох К» (у перекладі з німецької – дітьми, церквою, кухнею), а й досягти омріяної вищої мети<sup>30</sup>.

Великим досягненням С. Окуневської є те, що вона започаткувала лікування раку шийки матки радієм за

<sup>24</sup> Boris Drobnis. "Likari Ukraïni – poeti i pismenniki" [Physicians Ukraine - the poets and writers], *Dlya vashogo zdorov'ya*, 1996, N. 2 (14), P. 13.

<sup>25</sup> Gejzer I.M. V.V. Veresayev. Pisatel – vrach [V.V. Veresayev is a writer and doctor], М., 1957, P. 68–70.

<sup>26</sup> Licari pera i skalpelya [Knights of the pen and scalpel], Vipusk 1. Pid redakcieyu O. Kiceri., Lviv, 2011, P. 54–61.

<sup>27</sup> Viktor Malik. "Svitlo ridnoï zemli" [Light homeland], *Bukovyna*, 2010, N. 21 (1951), P. 2.

<sup>28</sup> Volodimir Voznyuk. "Velichnist i sila Sofii Okunevskoi" [Majesty and sat Sofia Okunevska], *Bukovinskij zhurn*, 2016, №1 (99), P. 125 – 132.

<sup>29</sup> Gorak Roman. "Mogila za pagorbom povstanciv" [Tomb of insurgents over the hill], *Dzvin*, 1994, № 11–12, P. 135–137.

методикою Марії Складовської-Кюрі. Після повернення до Львова С. Окуневська працювала в «Народній медицині» ім. Митрополита А. Шептицького. Створила школу акушер-гінекологів, опрацювала методику навчання середнього медичного персоналу, вперше організувала курси для сестер милосердя та акушерок. Активно працювала в «Лікарській комісії», що була першою організацією українських лікарів<sup>31</sup>.

С. Окуневська – також видатна українська письменниця, її твори друкувалися в альманасі «Перший вінок», що з ініціативи Наталії Кобринської при співпраці з Оленою Пчілкою і підтримці Івана Франка вийшов 1887 р. у Львові й був чи не першим у світі збірником-антологією жіночої творчості. Вона відома також як активна діячка жіночого руху в Україні, з її ініціативи повставали гуртки «Українського товариства жінок з вищою освітою» у різних місцевостях.

О. Кобилянська високо поцінувала С. Окуневську як музиканта: «Я знала її гру. Вона і тут водила мене в свій чарівний світ, світ звуків, найбільших класиків...». Про велич духу і всебічний розвиток цієї незламної жінки, може найкраще сказав її син Юрій Окуневський: «Вона була багатою і великою душею, в якій могло жити і працювати все велике і прекрасне – почуття, наука і мистецтво, і ніщо не було в ній незначним, ніщо не було витиснуте іншим»<sup>32</sup>.

Морально зраджена чоловіком, Софія Окуневська втрачає психічну рівновагу. Депресивні стани змінюються маніакальними нападами, вона живе лише інтересами дітей. Трагічно загинула дочка. З глибини меланхолії цю скорботну сиву жінку в чорному вириває лише гра на фортепіано. Померла Софія Окуневська-Морачевська 24 лютого 1926 р. від апендикулярного перитоніту, запізниле оперативне втручання не допомогло<sup>33</sup>. Антибактеріальні засоби боротьби з перитонітом у ті часи не застосовувалися. Прах її спочиває на Личаківському кладовищі у м. Львові. Нехай ім'я славної українки буде незабутнім, а її життєві подвиги стануть прикладом для наслідування.

**ЛЕВИЦЬКИЙ Модест Пилипович** (1866 – 1932 рр.) – лікар, письменник, педагог, громадський діяч, дипломат.

Народився в с. Вихилівка на Вінничині, в священничій династії шляхтичів. Закінчив гімназію, студіював філологію, а згодом пішов на медичний факультет Київського університету. Першим місцем його праці була Курська губернія, потім Ковель на Волині. Згодом він перебрався на Київщину (Боярка), отримує посаду директора фельдшерської школи і керівника притулку для покинутих дітей. Далі – залізничний лікар на Волині, де він набув популярності як чудовий лікар і невтомний просвітител, українофіл. За ним встановлюється поліційний нагляд. У 1895 р. в Ковельському повіті спалахнула холера, він днював і ночував, допомагаючи поцієнам у вогнищах інфекції. Серед пацієнтів лікаря була і Леся Українка. Він згадував: «В оцій слабосилій і хворій постаті я відчув невидиму силу, якусь душевну динамі-

ку, бо я відчув генія... З цього часу почалася моя приязнь з родиною Косачів, постійно зажурених здоров'ям доньки». Мабуть під впливом цих зустрічей, Модест Пилипович поклав на музику «Сім струн» Лесі Українки, пише новелу «Тяжка дорога».

У 1918 р. М. Левицького український уряд призначає на роботу в Міністерство шляхів, він особистий лікар С. Петлюри. В 1919 р. М. Левицький у складі дипломатичної місії висаджується на землю Еллади. Крім дипломатичної роботи займається перекладами з польської, староврейської, англійської, французької, словацької та інших мов. Окрім того, на нього лягає важким тягарем допомога біженцям, інтернованим воякам-українцям. А далі... його шлях, як і шлях багатьох політично заангажованих українців веде в еміграцію, йому доручають посаду Міністра здоров'я еміграційного уряду<sup>34</sup>.

Тривалі скитання М. Левицького закінчуються в Луцьку, працює вчителем української гімназії, був автором української граматики, редагував гімназійні журнали «Промінь» та «Шуліка», керував драматичним гуртком. Роки скитань і виснажлива праця не минули безслідно. Слабне втомлене серце, падає зір... ніколи не мав часу для себе. Він відмовляється від пропонованого висунення його кандидатури до польського Сейму. Піклування дружини-медика лише ненадовго підтримували його здоров'я. З'явилися спазматичні мігруючі болі в животі, нудота, прийом їжі викликав блювоту. Лікар сам розумів: розвивається кишкова непрохідність, яка виникла несподівано і потребувала термінового оперативного втручання. Оскільки у М. Левицького було хворе серце, консилиум лікарів вирішив, що пацієнт не витримає операції. Симптоматична терапія ефекту не дала. Відійшов він спокійно 16 червня 1932 р. Його поховали з найвищими громадянськими та християнськими почесностями. На центральній алеї кладовища в Гаразджі зеленіє молодий явір пам'яті Модеста Левицького, посаджений літераторами, просвітянами і працівниками культури Луцька 1992 року<sup>35</sup>.

**КОРЧАК Януш (Гольдшміт Генрик)** (1878 – 1942рр.) – лікар, педагог, письменник.

Він народився у Варшаві, рано залишився сиротою. Януш Корчак, закінчивши медичний факультет Варшавського університету, здобув посаду лікаря в дитячому шпиталі для бідноти. У 30-ти річному віці Я. Корчак покидає медицину і стає педагогом – вихователем «Дому сиріт». В ті роки він пише: «Розумію тепер, чому тут у дітей землястий колір обличчя, загноєні очі і криві ноги, чому з десяти виживають четверо».

Улюблену роботу Я. Корчака перервала Перша світова війна, його як лікаря мобілізували в царську армію.

Незабаром земський союз призначає його педіатром створених під Києвом дитячих будинків для українських дітей. У 1918 р. повертається до Варшави і знову береться до роботи в «Домі сиріт», багато читає, особливо – своїх улюблених Чехова і Макаренка. У 1920 – 1921 рр. виходить друком його книжка «Як любити дітей», що складається з чотирьох частин: «Дитина в

<sup>30</sup> Kobylyanska Olha. Tvory v 5-ty tomax [Kobylyanska Olga. Works in 5 volumes], K., 1963, T. 5, P. 176–177, 221.

<sup>31</sup> Pundij Pavlo. Ukraïnski likari. Bibliografichnij dovidnik [Ukrainian doctors. bibliographical guide], Lviv: Chikago, 1994, Kniga 1, P. 162.

<sup>32</sup> Licari pera i skalpelya [Knights of the pen and scalpel], Vipusk 1. Pid redakcieyu O. Kiceri, Lviv, 2011, P. 62– 68.

<sup>33</sup> Boris Drobnis. "Likari Ukraïni – poeti ta pismenniki" [Physicians Ukraine - the poets and writers], *Dlya vashogo zdorovya*, 1996, №2 (14), P. 13.

<sup>34</sup> Licari pera i skalpelya [Knights of the pen and scalpel], Vipusk 1. Pid redakcieyu O. Kiceri, Lviv, 2011, P. 72 – 83.

<sup>35</sup> Stupak F. Ya. Istoriya medicini: pidruchnik, vid. 2 – ge. [History of medicine: a textbook], Kyiv, Kniga plus, 2016, P. 5.

сім'ї», «Інтернат», «Літні табори», «Дім сиріт». На жаль, ця книга видана українською мовою 1976 р. лише в уривках у серії «Бібліотека для батьків».

У 1940 р. разом з будинком сиріт опинився у Варшавському гетто, а в 1942 р. загинув у концтаборі «Треблінка»<sup>36</sup>. До останнього подиху Я. Корчак був принциповим, мужнім, непохитним. На розстріл дітей німецькими фашистами він пішов разом з ними.

Спершу вели школу медсестер, / Потім аптеки, а потім / Дитячий прителок Корчака! / Йшов з ними вчитель з поглядом ясним, Йшов Корчак, взявши двох дітей за руки. / І. Драч «Зелений прапор Я.Корчака»<sup>37</sup>.

**КАРХУТ Василь Володимирович (1905 – 1980рр.)** – лікар-фітотерапевт, алопат, письменник, громадський діяч, особистий лікар митрополита УГКЦ Андрея Шептицького.

Народився в с. Марківці на Івано-Франківщині. Після закінчення гімназії та медичного факультету Львівського університету працював у Львові, вступив до Львівського лікарського товариства, видав друком дві книжки, адресовані українській молоді: «Гомін з – поміж нас» і «Поклик вольних». Він був і залишився до самої смерті пластуном (табір на Соколі). Коли 1930 р. польська влада заборонила Пласт, Василь Кархут став активним організатором таємних ремісничих пластунаських організацій.

В. Кархут відкриває приватну лікарську практику в Кременці на Тернопільщині. Коли на Кременеччині у 1934 р. спалахнула дизентерія, лікар день і ніч бореться з пошестю. Ріст авторитету фахівця, патріотична його налаштованість не по душі польській владі, тому його арештовують. Зусиллями української громади він залишає «школу патріотичного виховання» і переїздить до Берестечка. З приходом радянської влади 1939р. він емігрує до Польщі, працює лікарем у м. Перемишлі, перевидає книгу «Щупке життя», пише автобіографічну повість «Полум'яний вихор», в якій показано громадське життя Кременця кінця 30 – х років.

У 1942 р. переїздить до Львова, працює лікарем, друкує низку новел. З приходом радянської влади В. Кархут переховується, переходить до діючої частини УПА, лікує поранених. Під фальшивим паспортом влаштовується на роботу в Заліщицькій протитуберкульозній диспансер. Згодом радянські каральні органи засуджують його на 15 років каторжних робіт. Працював табірним лікарем. У родинному будинку в Кременці розташовується санепідемстанція.

Повернувся В. Кархут із заслання хворим і немичним, його мучить астма, тож не розстається з інгалятором. Деякий час працює сільським лікарем поблизу Снятина. Видає друком книжку «Ліки навколо нас». Невдовзі почалися стискуючі болі в ділянці серця, що віддавали у ліву руку, посилилася задишка. Лікарі константували інфаркт міокарда, що призвів до смерті. В теперішній час, завдяки стентуванню пошкодженої судини серця вдається продовжити життя таких пацієнтів. В. Кархут помер у Львові, похований на цвинтарі в Коломиї. Лише через 45 років лікаря, письменника, громадського діяча – патріота буде помертньо реабілітовано<sup>38</sup>.

Літературні його твори високо оцінені сучасниками. Діалогію «Полум'яний вітер»; «Окрилена земля» понов-

лено друком у наш час.

**Висновки:** 1. Традиції поєднання медицини і літератури беруть свій початок в Античності. Завдяки красному письменству лікарі здобули велику популярність. 2. Степан Руданський та Антон Чехов хворіли на туберкульоз легень, Михайло Булгаков – на хронічне захворювання нирок, Вікентій Вересаєв помер внаслідок інсульту, Ярослав Окуневський покінчив життя самогубством, Софія Окуневська померла від апендикулярного перитоніту. Модест Левицький - від кишкової непрохідності, Януш Корчак розстріляний, а Василь Кархут помер внаслідок інфаркту міокарда.

**Liashuk Petro, Liashuk Ruslana Muses carrying a medical bag: Milestones of medical practice and literary work, circumstances and causes of death.** Tradition of combining medicine and literature has its origins in antiquity. Apollo, the god of poetry and medicine, is a symbol of such wonderful “wedlock”. Fruitfulness of alike union is undeniable. Most ancient doctors had humanitarian education except the medical one and vice versa – outstanding writers often graduated from medical schools. The fact that doctors sometimes change scalpel for pen was noticed long ago. They both are somehow connected the need for figuring out human’s psychology, thoughts, motives of their deeds.

“There is no profession nowadays, which would demand such a shrewd and profound contact, such a spiritual and psychic intimacy between an expert and a human being, as a profession of doctor”.

Medicine and literature, these equivalent fields of science and arts, which acknowledge human’s life, get into sacramental mysteries of our body and soul and heal not only by means of medical instruments and healthful power of pills but with the bottomless power of word as well, intertwined enormously in a given profession. “This is probably the reason of some affinity between the worldview, outlook, sensory perception necessary for both – literary work and medical practice”.

This article provides some common features of medical and artistic practice on the basis of literary data. Aesculapius became popular due to art throughout our history. This work reveals the circumstances and cases of death of some knights of scalpel and pen, such as: Stepan Rudansky and Anton Chekhov (pulmonary tuberculosis), Mikhail Bulgakov (chronic kidney disease, renal failure), Vincent Veresaeva (stroke), Yaroslav Okunevskaya (suicide), Sophia Okunevskaya (appendix, peritonitis) Modest Levitsky (ileus) Janos Korczak (shoot) and Basil Karhuta (myocardial infarction, heart failure).

The issue of medical historiography is an immense sphere of culture of the humanity, which gives us an opportunity to analyse an interesting and complicated essence of an artist and a doctor in one person and, in particular, to find out the cases and causes of their death. One of the complications of diphtheria, which suffered Bulgakov, is kidney damage. Moving it to St. Petersburg (adverse climatic conditions) led to the progression of renal disease. Chekhov in his youth suffered peritonitis (presumably tuberculous). Later, after hypothermia, the poet appeared cough, sputum streaked with blood. We know that cold promotes activation of tuberculosis. V.Karhut returned from exile with symptoms of asthma. It is likely that asthma was mixed genesis (bronchial, cardiac), which led to the development of myocardial infarction

**Key words:** doctor, writer, tuberculosis, kidney disease, stroke, shot, peritonitis, intestinal obstruction, myocardial infarction.

**Петро Ляшук** – к. мед. н., доцент кафедри клінічної імунології, алергології та ендокринології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», журналіст. Пріоритетне направлення наукової діяльності – внутрішні хвороби, ендокринологія. Опублікував понад 800 наукових

<sup>36</sup> Likari pera i skalpelya [Knights of the pen and scalpel], Vipusk 1. Pid redakcieyu O. Kiceri, Lviv, 2011, P. 94–98.

<sup>37</sup> Ibidem, P. 168–175.

<sup>38</sup> Petro Mazur. “Vin osvitiv Kremenec i vsyu Volin” [He Kremenets education and all Volyn], *Vilne zhittya plyus*, N. 102 (15734), 18 grud., 2015, P. 1.

робіт, із них 35 книг (монографій, навчальні та навчально-методичні посібники). Останнім часом працює над літературою з обставин смерті славетних митців.

**Petro Liashuk**-candidate of medical sciences, Associate Professor of the Department of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology of Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", journalist. Priority directions of scientific activity are Endocrinology. Published over 800 scientific works, including 35 books (monographs, educational and training-methodical manuals). Now is working on literature about circumstances of death of famous artists.

**Руслана Ляшук** – к. мед. н., доцент кафедри клінічної імунології, алергології та ендокринології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». Після захи-

сту кандидатської дисертації «Мікробіоценоз товстої кишки у хворих на цукровий діабет» автор продовжує наукові дослідження у цій сфері. Опубліковано більше 180 робіт, з них 8 монографій.

**Ruslana Liashuk**-candidate of medical sciences, Associate Professor of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology of Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University". After defending of dissertation "Intestinal microbiocenosis in patients with diabetes mellitus" the author continues to work in this field. Published more than 180 scientific works, 8 monographs.

**Received:** 18. 01. 2017

**Advance Access Published:** April, 2017

© P. Liashuk R. Liashuk , 2017

<sup>36</sup> Likari pera i skalpelya [Knights of the pen and scalpel], Vipusk 1. Pid redakciyeu O. Kiceri, Lviv, 2011, P. 94–98.

<sup>37</sup> Ibidem, P. 168–175.

<sup>38</sup> Petro Mazur. "Vin osvityv Kremenec i vsyu Volyn" [He Kremenets education and all Volyn], *Vilne zhittya plyus*, N. 102 (15734), 18 grud., 2015, P. 1.

**ІСТОРИЧНА ГЕНЕЗА МОРАЛЬНО-ЕТИЧНОЇ  
РЕГЛАМЕНТАЦІЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПРОФЕСІЇ**

**Марія МАНДРИК-МЕЛЬНИЧУК**,  
ВДНЗ України «Буковинський державний  
медичний університет», Чернівці (Україна),  
mandricescu@yahoo.com

**Віта КОЦУР**,  
ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет  
імені Григорія Сковороди», Переяслав-Хмельницький (Україна)  
kotsurap@meta.ua

**HISTORICAL GENESIS OF MORAL AND ETHICAL  
REGULATION OF MEDICAL PROFESSION**

**Mariya MANDRYK-MELNYCHUK**,  
Higher education institution of Ukraine «Bukovinian  
State Medical University», Chernivtsi (Ukraine),  
ORCID 0000 0001 5995 9003  
Researcher ID B-7790-2017

**Vita KOTSUR**,  
SHEI «Pereyaslav-Khmelnytsky Hryhoriy Skovoroda  
State Pedagogical University», Pereyaslav-Khmelnytsky (Ukraine),  
ORCID0000-0002-6355-6714  
Researcher ID B-8127-2017

**Марія Мандрик-Мельничук, Віта Коцур. Исторический генезис морально-этической регламентации профессии врача.** Морально-этическое регулирование врачебной профессии является одним из важных средств, которые обосновывают современное многоуровневое регулирование отношений, которые возникают в процессе предоставления медицинских услуг. В статье показано, что каждая эпоха сформировала свои критерии нравственности и этичности, свою совокупность норм поведения и морали, понимания предназначения, обязательств. Проанализированы исторические аспекты становления морально-этических принципов деятельности врача, формирования комплекса норм, обычаев, которые, с одной стороны, регламентируют, очерчивают профессиональные обязанности, а с другой, показывают специфичность профессиональных отношений в медицинской отрасли.

**Ключевые слова:** регламентация, биоэтика, права пациента, биомедицинские технологии, правовое регулирование, принципы.

**Statement of the problem.** Moral and ethical regulation of the medical profession is an essential component of modern medicine. Its historical origins date back to the ancient times, when fundamentals of understanding this profession, its role and authority in society were laid. Moral principles and professional culture in general express the requirements developed by human society in ancient times, the times of antiquity, Renaissance and modern times, relating to the ethical nature of a doctor and his profession. Every epoch has formed its own criteria of morality and ethics, its own set of rules of behaviour and moral, understanding of vocation and commitment. Medical ethics has become an integrative science, which absorbed the knowledge of the activities of a doctor from sociology, anthropology, ethics, philosophy, biology and so on.

**Analysis of the recent research.** Certain aspects of medical ethics and professional culture attracted the attention of T. Abolina, S. Viekovshynina, Yu. Vilenskyi, A. Grando, Yu. Kolisnyk-Humeniuk, N. Kovalenko, V. Kuliniuchenko, I. Senyuta, L. Sakharova. Considering the interdisciplinary nature of the issues of moral and ethical regulation of the medical profession and growing research interest to them by philosophers, historians, psychologists, we note that this perspective is being rather actively studied by lawyers. These are the papers by S. Antonov, V. Sakalo, A. Vasylieva, S. Nahorna, V. Tretiakova, which bring up legislative regulation of providing medical care by a doctor – respect for the

principles of confidentiality, autonomy, privacy, their relationship with the patient, compliance of the doctor's code of ethics with current regulatory framework. But most of it is fragmentary study of this subject, require more detailed analysis of the historical background of the birth of medical ethics at different times, the factors that influenced its evolution.

**The objective of the paper** is to analyze the historical origins of the formation of moral and ethical principles of the medical profession, formation of a set of rules, customs, which on the one hand, regulate and outline professional duties, on the other hand, create the specific professional relationships in the medical field.

**The main part of article.** The constantly growing interest in the study of professional medical ethics indicates a realization of the fact that people understand, that the development of human society depends on the moral principles and norms that doctors are guided with in their professional activities. Issues of ethical regulation of the medical profession were brought up back in the days of the first practitioners, certain moral codes were developed, which were evolving according to the time challenges of each epoch.

The issue so relations between ethics and the development of medical science, new discoveries, finding advanced treatments started to be considered back in the Babylonian codes, in Buddhist tradition, in the concept of Aristotle, as well as in Vedic sources.

The Code of Laws by a king of Babylon Hammurabi (1792 – 1750s BC) the medical profession is regulated rather concisely and strictly. In particular, §§ 215-223 formulate strict requirements for doctors' activity, the attention is accentuated on the fact that it is rated very highly in the society of those days, as evidenced by large wages for helping a patient (§ 216). However, the doctor bore a great responsibility for people's health, especially when he did harm to his patient. For instance, § 218 says that in case a doctor damages a body part of a person, their hand could be cut off. In case of quality care – «if a doctor, doing someone a heavy bronze knife cut, cures (this) man, or removes leukaemia from one's eye with a bronze knife, then they will get ten sikles (a sikle is a weight unit for silver) If a doctor saved somebody's arm, leg or eye he was supposed to be paid 5 sikles»<sup>1</sup>.

An ancient Indian book «Ayurveda» describes the paternalistic relationship between doctor and patient, where the doctor is endowed with the qualities of a father who cares, protects and helps. The book cites the words of contemporary famous healer Sushruta, «The physician should have a clean compassionate heart, calm temperament, a true nature, be characterized by the most confidence and chastity, by constant desire to do good. You can be afraid of father, mother, friends, teachers, but there should not be a sense of fear of the doctor. The latter should be kinder, more attentive to the patient than their father, mother, friends and mentor»<sup>2</sup>.

A medieval Tibetan treatise reveals the ethical principles of medical practice rather thoroughly. The source consists of four volumes and 156 chapters. There are a lot of legends about writing the treatise, one of which says that the text was first proclaimed by the Buddha himself, and then was translated into Tibetan language. The medical treatise was assigned to four groups of students - Buddhists, non-Buddhists, deities and sages. Medical ethics is described in the last chapter of the second volume called «Tantra Explanation»<sup>3</sup>.

Chapter 31 «On a doctor» gives an interesting interpretation of the medical profession, which is identified with healers. The real doctor is characterized as a curious person who can not be driven into a hopeless situation. Intuition is considered to be the highest type of knowledge, it is impossible to be a good doctor without it.

Interestingly, a doctor-healer is associated with «white soul» – «seeing sufferings, they decide to help, they do not differentiate between good or bad people, do not feel love or aversion to someone, they are compassionate, joyful and even-tempered ...». He has to see medication as the greatest treasure that can fulfill the desires of a patient. The medical practice is closely combined with sacrifice and prayers. «The essence of the doctor is the ability to distinguish between all kinds of signs of bad principles and their opponents. The word «doctor» itself treats the disease and it is a remedy. He is a hero who visits a disease with treatment and life, he is both the father and protector.

Doctors in the treatise are divided into two categories the

first are the ones that have good origins, unselfish, they do not make mistakes, take care of the affairs of others as of their own. A doctor that has no lineage (does not come from a medicinal dynasty) is compared with a fox who came to the throne. Very high demands on the level of awareness on the methods of examination and treatment of patients are set up. It is quite important for the physician to be able to speak elegantly, to explain correctly the causes and consequences of the disease, to describe the health conditions. The doctor should not keep the confidential information about the patient, and should be honest with him and say whether he can recover and when. If the opinion on treatment do not coincide with that of the patient, the doctor has to pretend to agree, but still has to do what his wisdom and conscience suggest. The medical profession is exclusive and unselfish, honest, the generous ones reach the country of the Gautama Buddha<sup>4</sup>.

Biographers and researchers of Hippocrates's teaching noticed that, there are many contradictory statements as to his origin and family. In particular, it has not been clearly established when he died exactly (377 or 356 BC.), and there are no sources that would confirm information about the ancestry of Hippocrates (on his father's side he was a descendant of the Greek god of medicine Asclepius and on the mother's side he descended from the god Hercules. Referring to the works of a famous Roman physician, a Greek by birth, representative of the methodical school, founded by Asclepiades, Soranus of Ephesus – Hippocrates's biography and genealogy researcher, it is believed that Hippocrates's father was the physician Heraclitus, and his mother was the midwife Fenareta<sup>5</sup>. He had two sons – Fesal and Drakont, and their children were all named Hippocrates after their grandfather. He also had a daughter, whose husband inherited the developments by the physician Galen.

Soranus of Ephesus says that in addition to medical science Hippocrates studied the philosophy from Democritus and Gorgias (a sophist). To improve his knowledge and experience, he also traveled to various countries and studied their medical practice.

His name is associated with a series of medical treatises, which are united under a provisional name «Hippocratic Corpus» According to some researchers, they could be written or in different periods of the prominent doctor's life, or their authors are a whole group of his relatives. Immediately he was recognized as the author of 18 medical works, including «The Oath», which laid the foundations of the moral and ethical aspects of a doctor. It was written in the 5th century B.C. in the Ionian dialect of the ancient Greek language.

The text has been translated and even modified many times; some of its points have lost its original meaning. As a modern scholar I. Busel notes, for a long time the Oath was used with significant amendments in the Christian world: mentioning Greek gods was replaced by the Christian God. Historical origins to the formation of medical ethics reach the theoretical heritage of Aristotle. Aristotle's father,

<sup>1</sup> Istoriya Drevneho Vostoka. Teksty i dokumenty [History of the Ancient East. The texts and documents: Tutorial], Uchebnoe posobie, Pod red. V.Y. Kuzishchina, Moskva, Vysshaya shkola, 2002, P. 183-184.

<sup>2</sup> Sharma P.V., History of Medicine in India (from Antiquity to 1000 a.d.), New Delhi, Indian National Science Academy, 1992, 527 p.

<sup>3</sup> «Chzhud-Shy» – pamyatnik srednevekovoy tibetskoy kul'tury [«Chzhud-Shi» – a monument to medieval Tibetan culture], Novosibirsk, Nauka, 1988, 349 p.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Kitsera N.I., Kitsera R.O. «Soran Efes'kiy – korifey akusherstva i hinekolohiyi» [Soranus of Ephesus - coryphaeus of Obstetrics and Gynecology], *Zhinochyy likar*, 2012, N. 5, P. 65.



Nicomachus, was a physician from Asclepiades's family, where the medical profession was hereditary. Two branches of the family began with the descendants of Asclepius – doctors Machaon and Podaleirios. It was from one of them that Hippocrates descended<sup>6</sup>. The fact that Nicomachus was a court physician of Amyntas II of Macedon – a Macedonian king, Hippocrates's son Thessalus treated Archelaus and his grandson – the wife of Alexander I of Macedon, allows assuming that Aristotle's father wanted him to become a doctor too. The boy was orphaned pretty early, but that did not prevent him from self-education and from going purposefully to his goal. Training in the Platonic Academy for almost twenty years made it possible not only to get a huge arsenal of knowledge, but also to develop a unique style of thinking. This allowed the thinker to penetrate deeply into the essence of phenomena, including those relating to ethical regulation of human life and the medical profession in particular.

Aristotle became the author of the theory of ethics, laying the basis for the formation of bioethical knowledge in the future. This is a series of virtues that the philosopher formulated and on which the medical profession is still based. In particular, the «Nicomachean Ethics» states that the first of them was courage (andreia) It is one of the most important virtues for a doctor, because it allows him to decide on the life of another person. «Courage is a possession of the midpoint between fear (Gr. phobos) and courage (Gr. tharrhe) ...»<sup>7</sup>. The second one is a sound sense (Greek. phronesis) that is, an ability to make correct and deliberate decisions that contribute to improving quality of life. The point is that the doctor has to take immediate, but always well-considered measures, to understand what is the best and the most effective, and what will promote the person's recovering in general. Otherwise, it can lead to disastrous consequences, even death of the patient<sup>8</sup>. The third virtue, without which effective communication between patient and doctor is impossible, is friendliness (Gr. philia)<sup>9</sup>. In fact, the doctor has to become a friend to the patient, as the level of trust will directly depend on this, and so will the result of the treatment. The examination, drug and procedure administration involve close and subtle interaction between patient and doctor. Another virtue that a real doctor needs is self-control (praios), i.e. the ability to restrain their emotions, not to fall into a state of anger and despair, to keep their balance in difficult situations<sup>10</sup>. Considering a special status of the doctor, as they can affect the fate of another person, give life «to give another breath», they are supposed to accept patients as equals. This virtue was called majesty by Aristotle. The thinker understands it as generosity and greatness of soul, honesty, nobleness, modesty, moderateness of pleasures. The doctor's profession is incompatible with malice, envy, vainglory, arrogance and vanity. Each virtue is regarded by the philosopher as the golden mean between lack and excess of certain

traits or behavior «that moral virtue means possession of the midpoint and in what sense, and that this possession of the midpoint between two vices, one of which is in excess, and the other - in lack, and that virtue means achieving midpoint both in passions and in actions»<sup>11</sup>.

Aristotle's medical views were formed under the influence of two other great Greeks – Galen and Hippocrates<sup>12</sup>. Their concepts were «adapted» by the Church too. Aristotle built his views on the contemplation of nature, which was a determining factor in understanding problems related to the interpretation of ethical issues and problems dealing with human health.

During the nineteenth and twentieth centuries there was a significant correction of medical ethics formulated by Hippocrates. The authors point out that it was caused by spreading the theory of social Darwinism, which imposed a misrepresented understanding of the role of medical care. The doctor was said to be able to use their activities to affect the natural struggle for existence. Such approaches have even generated, on the verge of the nineteenth and twentieth centuries, movement of «eugenics», which fought for the qualitative improvement of human population<sup>13</sup>. In 1930-1940s. a program of forced sterilization of people with serious mental disorders or physical disabilities, of antisocial personalities was being actively implemented. At the same time, the program of euthanasia was advocated; experiments on human beings without their consent were encouraged.

Considerable changes in the understanding of medical ethics took place during the Soviet period. Medicine in the Soviet Union was significantly different from that in the West, as it was influenced by ideology, and therefore the text of the oath stated: «to keep and promote the noble traditions of domestic medicine in all my actions guided by the principles of communist morality ...»<sup>14</sup>. The Soviet medicine evolved, to some extent, in the vacuum medium, divorced from the processes that took place in the western world. For example, in European countries and in the USA many of the Hippocratic Oath statements have become the subject of criticism among doctors, lawyers, philosophers. Medical ethics did not meet the requirements of time, the changes that had occurred in the relationship between doctor and patient and the newest biomedical technologies. The problem of subjectivity of a doctor's decisions regarding the choice of a methodology of treatment was especially criticized.

In 1960s-1970s a new direction of interdisciplinary – philosophical, theological, jurisprudential, medical research – bioethics appears as bioethics. One of the founders of bioethics was an American philosopher and Harvard professor Daniel Callahan, who took the ethical concept of Aristotle as the basis of bioethical knowledge formation. In 1969 together with a psychiatrist William Gelinhe co-founded the Institute for Social Ethics (The Hastings Center)

<sup>6</sup> Arystoteľ. O chastiakh zhyvotnykh [On the parts of animals], Perv. V. P. Karpova, Moskva, 1937, P. 12–13.

<sup>7</sup> Arystoteľ. Nykomakhova etika [Nicomachean Ethics], book II (B), Chapter VII, URL: [http://www.e-reading.club/chapter.php/71882/2/Arystoteľ%27\\_-\\_Nikomahova\\_etika.html](http://www.e-reading.club/chapter.php/71882/2/Arystoteľ%27_-_Nikomahova_etika.html)

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Hlyayzer H. O myshlenii v meditsyne [About thinking in medicine], Moskva, Medytsyna, 1969, 268 p.

<sup>13</sup> Chytenko H. N., Dronyna A. M. «Medytsynskaya etika, ot etiki Hippokrata – do sovremennykh problem bioetiki» [Medical Ethics: from Ethics of Hippocrates – to contemporary bioethical issues], *Mir meditsyny*, Minsk, 2013, N. 10, P. 2-4.

<sup>14</sup> Buseľ I. «Klyatva Hippokrata» [Hippocratic Oath], *Otkrytiya i hipotezy*, 2012, N. 6, P. 23.

– a leading research institution in the field of bioethics. Later on, he became the President, Director of International Programs of the Center. Outlining the main purpose of bioethical knowledge, D. Callahan argued that «understanding the emergence of bioethics will help to embrace the panorama and complexity in this area ...»<sup>15</sup>.

It was the 1960s that he proposed to consider to be the starting point of the new direction of research, although bioethics historical origins date back to the times of ancient Egypt, India, China and Antiquity era.

For the first time this term, in relation to theoretical developments in the field of human moral and ethical regulation of relationship between doctor and patient, adopting the fundamental principles of preservation of life, was used in 1970 by an American scientist Van Ranselerom Potter. It is the foundation of the Hastings Center and John F. Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University that is considered the origin of bioethics as a unique combination of biomedical sciences, public health practice with moral and ethical heritage of eastern, ancient and medieval philosophies.

Famous American researchers of ethical aspects of medicine J. Childress and T. Beauchamp in 1989 formulated the basic principles of bioethics, doctors have to follow<sup>16</sup>. They mean the autonomy, «do not harm», justice and mercy. The practical implementation of these principles involves adherence to certain rules - privacy, confidentiality, reliability, «informed consent». The borders of a person's privacy, their right to choose and decide according to their own system of moral values are defined. Therefore, the undeniable competence of the doctor is being questioned. The patient gives voluntary consent to intervene in their lives, to examine them, to diagnose. Besides, the physician has to minimize the patient's worries, not to press on the patient psychologically, not to make them suffer.

«Informed consent» was the subject of separate studies in history and philosophy of medicine. For instance, analyzing the origins of the use of the term, V.A. Sakalo says that the term «consent» meaning the relationship between doctor and patient was first referred to in legal documents in the eighteenth century. In the early twentieth century this rule becomes legal as «informed consent to medical intervention» and gets more specific interpretation in 1914 thanks to the US Supreme Court Judge B. Cardoso. It meant that every adult person with sound mind has a right to know what the doctor is going to do to them and what the possible negative consequences might follow. If the doctor does something without the patient's consent, they will be charged with assaulting a person and be punished correspondingly<sup>17</sup>.

In the early 1990s this principle became a law in the Ukrainian medicine too. In 1992 the Ukrainian Parliament adopted the Law of Ukraine «Fundamentals of the legislation of Ukraine about health care», according to which receiving a conscious «informed consent» is compulsory before to diagnose or use a particular method of treatment. The person has to receive accurate information about their condition, alternative treatments, possible consequences in the event of their re-

fusal.

If we return to the principles of bioethics, there are two more, that are closely related to each other, but they mean something different. The principle of mercy or «do good» can be interpreted as the doctor's obligation to seek the best way of medical treatment using their experience and emotional sphere. «Do not harm» includes not only direct actions, but also those that could bring pain and suffering, psychological discomfort, even cause death. Not only does it include professional qualities and medical skills, but also their moral principles and inner world. Equally important is keeping the principle of justice, which means obligatory meeting human needs in health care, it is important, in particular, in terms of the increasing commercialization of medicine.

Let us refer to the developments of a famous American expert on bioethics, director of the John F. Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University (1989-1996) Robert Veatch – one of the leading researchers in the field of medical ethics and philosophy of medicine in the world. The greatest influence on the formation of his scientific views had concepts by I. Kant, T. Kuhn and D. Hume. His particular attention was paid to the role of value judgments in making medical decisions. The scientist denied stereotypes, that only doctors have a monopoly to produce ethical principles of operation of their profession. R. Veatch became one of the most powerful critics of the Hippocratic paternalistic theory in medical ethics. It is about the relationship between doctor and patient, which resembles somewhat dependent relationship between the priest (pastor) and parishioner, or, as according to Confucius, the governor of the state plays the role of a father, guardian, the same idea is that of Hippocrates – the doctor should exercise tolerance, love and attention to the patient's problems as well as compassion. However, R. Veatch considers it to be a serious problem, because the doctor and the patient's relations are unequal when a sick person should strictly abide by instructions of their doctor, who has a significant (insufficient) arsenal of necessary knowledge and experience. R. Veatch was the author of the contract theory of medical ethics which envisages equality and partnership between doctor and patient in decisions regarding methods of treatment, patient's receiving full information about their health, the right to refuse further treatment if the patient does not want to continue it. According to the scientist, the fact that life can get in the hands of amateurs which may have irreversible consequences, is unacceptable, as their choice as to what may be appropriate for the patient (drugs, methods, surgery) might be wrong. On the other hand, the development of biomedical technology brings up the need of legal and moral delineation of boundaries that that can not be overstepped by scientific experiments.

During the 1980s-1990s. there was also a legal regulation of ethical aspects of the doctor's activity. The first steps in the legislative consolidation of bioethical norms were established back after World War II in the Geneva Declaration (1948), which reflected the position of the Nuremberg Code regarding the prohibition of experiments on human beings, the International Code of

<sup>15</sup> Daniel Callahan, Bioethics, Encyclopedia of bioethics, Reich W. Th. Editor-in-chief. N. Y., 1995, VI., P. 248.

<sup>16</sup> Vyekovshynina S.V., Kulinichenko V.L., Kovalenko N.V. «Suchasna medychna etyka: vid Hippokrata do bioetyky» [Contemporary medical ethics from Hippocrates to bioethics], *Ukrayins'kyi medychnyy chasopys*, 2003, N. 5 (37), P. 93-96.

<sup>17</sup> Sakalo V.O. «Informovana zhoda na medychnu vtruchannya: bioetychnyy aspekt» [Informed consent to medical intervention: bioethical aspect], *Forum prava*, 2012, № 2, P. 609.

laid down in the Lisbon Declaration, adopted in 1981 by 34<sup>th</sup> World Medical Assembly, which defined clearly the rights of patients. The principle of medical services accessibility has been fixed by relevant Vienna Regulations adopted by the 40<sup>th</sup> World Medical Assembly in 1988. In 1990a resolution on human rights was adopted in California. In addition, considering the growing relevance of bioethical problems and the need to develop common standards and principles of professional doctorstheInternational Bioethics Committee was created in 1993as an advisory body of UNESCO<sup>18</sup>.

Another important step in the specification of the patient's rights was the Amsterdam Declaration adopted at the European conference on patients' rights in 1994. In 2005 the «Universal Declaration on Bioethics and Human Rights» was adopted. Although the documents are not binding, the fact itself that the countries signed it, means accepting the principles embodied in the declaration. By the way, thenumberofprincipesinit increasedgreatly: from basic 4 to 15 principles: human dignity (Art. 3), human rights (Art. 3), the good and the harm (art. 4), independence and individual responsibility (Art. 5) consent (Art. 6), recognition of human vulnerability and personal immunity (art. 8), equality, justice and equalrights (Art. 10), solidarity and cooperation (art. 13), protection of future generations (Art. 16)<sup>19</sup>.

Among the main problems, the present-day bioethics deals with, are the patient's right to life (use of new reproductive technologies and ethical aspects of organ transplantation, genetic engineering, experimentation on humans, maintaining medical confidentiality and possible fatal consequences), the right to death (euthanasia), etc.

Thus, the current moral and ethical regulation of the medical profession, the relationship between doctor and patient, passed a long way of evolution. Many of the period of the ancient world, antiquity, the Middle Ages suffered criticism, some have become irrelevant as, for example, the principle of paternalism. Modern medical ethics has undergone major changes. It not only identifies certain moral limits of medical practice, but more pragmatic forms the ethical and legal framework for prevention of Medicine in inhumane purposes.

**Мандрик-Мельничук Марія, Коцур Віта. Історична генеза морально-етичної регламентації лікарської професії.** Морально-етичне регулювання лікарської професії є одним з важливих засобів, що обґрунтовують сучасне багаторівневе регулювання відносин, що виникають в процесі надання медичних послуг. Історичні витoki виникнення становлен-

ня лікарської етики сягають у далекі стародавні часи, коли були закладені основи розуміння цієї професії, її важливості та авторитетності в суспільстві. У статті доведено, що моральні принципи та загалом професійна культура виражають напрацьовані людською спільнотою в стародавні часи, періоди античності, ренесансу та новітні часи вимоги, що стосуються етичної сутності лікаря та його діяльності. Показано, що кожна епоха сформуvala свої критерії моральності та етичності, сукупність норм поведінки і моралі, розуміння призначення, зобов'язань.

Проаналізовано історичні аспекти становлення морально-етичних принципів діяльності лікаря, формування сукупності норм, звичаїв, які, з одного боку, регламентують, окреслюють професійні обов'язки, а з іншого, творять специфіку професійних стосунків у медичній галузі.

**Ключові слова:** регламентація, біоетика, права пацієнта, біомедичні технології, правове регулювання, принципи.

**Мандрик-Мельничук Марія** – доктор історичних наук, доцент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Буковинського державного медичного університету. Коло наукових інтересів: історія України ХХ століття, етнополітика, ідеологія, історична та соціальна пам'ять. Автор понад 150 наукових праць, у тому числі 4 монографій, 6 науково-методичних посібників.

**Mandrik-Melnichuk Maria** – Doctor of Historical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Medicine and Health organization of Higher Educational Institution "Bukovina State Medical University". Research interests: history of Ukraine of the twentieth century, ethnic politics, ideology, historical and social memory. Author of over 150 scientific works, including 4 monographs, 6 scientific-methodical manuals.

**Коцур Віта** – кандидат історичних наук, викладач кафедри історії та культури України ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». Коло наукових інтересів: сучасна українська історіографія, історія України козацької доби, історія науки та техніки, краєзнавство. Автор 103 наукових, науково-популярних та навчально-методичних праць.

**Kotsur Vita** – candidate of historical Sciences, lecturer of the Department of history and culture of Ukraine "Pereyaslav-Khmelnytsky state pedagogical University named after Grigory Skovoroda". Research interests: contemporary Ukrainian historiography, history of Ukraine the Cossack era, the history of science and technology, regional studies. The author of 103 scientific, scientific-popular and educational-metatechnical

Received: 18. 01. 2017

Advance Access Published: April, 2017

© M. Mandryk-Melnichuk, V. Kotsur, 2017

<sup>18</sup> Khenk ten Khave, "Deyatel'nost' UNESCO v oblasti byoetiki" [Activities of UNESCO in the field of bioethics], *Kazanskiy meditsynskiy zhurnal*, 2008, N. 4, P. 377-383.

<sup>19</sup> The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: background, principles and application, edited by Henk A.M.J. ten Have and Michele S. Jean, Adopted by the UNESCO General Conference resolution on the report of the Commission at the 18<sup>th</sup> plenary meeting on October 19, 2005, Paris, 2009, 370 p.

**НАУКОВІ ЗДОБУТКИ ВИДАТНОГО ФІЗІОЛОГА**

**I.M. СЕЧЕНОВА**

**Інга ТИМОФІЙЧУК, Лілія РОМАН,**

**Світлана СЕМЕНЕНКО, Тетяна САВЧУК,**

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,  
Чернівці (Україна)

ingatima@gambler.ru, liliya.roman@ukr.net

**Ігор РОМАН,**

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича.

**SCIENTIFIC ACHIEVEMENTS OF EMINENT  
PHYSIOLOGIST I.M. SECHENOV**

**Inga TYMOFIYCHUK, Liliya ROMAN,**

**Svitlana SEMENENKO, Tetiana SAVCHUK,**

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi (Ukraine)

**Ihor ROMAN,**

Chernivtsi National University named after Y. Fed'kovych.

Researcher ID G-2726-2016

ORCID 0000-0002-4624-1796

**Тимофійчук Інга, Роман Лілія, Семеново Светлана, Савчук Татьяна, Роман Игорь. Научные достижения выдающегося физиолога И.М.Сеченова.** В статье представлен жизненный и научный путь выдающегося русского физиолога Ивана Михайловича Сеченова (1829-1905), который впервые описал концепцию нейрофизиологии центрального торможения у животных и в организме человека. Позже его последователи расширили учение центрального торможения, изучая этот процесс не только в лягушек, но и у млекопитающих. За рубежом И. Сеченов больше известен за свой вклад в физиологической психологии. В России его называют «отцом русской физиологии» благодаря его научным достижениям в области нейрофизиологии и в других аспектах физиологии. Путь ученого в медицинскую школу пролегал через обучение в инженерном колледже в 1843-1848pp., а впоследствии И. Сеченов работал военным инженером. До сих пор эксперименты И. Сеченова и основные положения его теории о физиологии психической деятельности остаются актуальными.

**Ключевые слова:** *И.М. Сеченов, центральное торможение, история физиологии.*

**Introduction.** Sechenov Ivan Mikhailovich, a Russian scientist and thinker-materialist, creator of the physiological school, corresponding member, honorary member of the St. Petersburg Academy of Sciences. In the classic work, *Reflexes of the Brain*, he substantiated the reflex nature of conscious and unconscious activity, discovered the phenomena of central inhibition, summation in the nervous system, established the presence of rhythmic bioelectric processes in the central nervous system, and substantiated the importance of metabolic processes in the implementation of excitation. The works of Sechenov had a great influence on the development of natural science and the theory of knowledge.

**Historiography of problems.** After graduation from Moscow University Medical School in 1856 he spent 3½ years in Germany and Austria where he attended lectures and conducted research under the direction of several prominent physiologists and biochemists. In his subsequent academic career he held positions at universities in St. Petersburg (1860–1870; 1876–1888), Odessa (1871–1876) and Moscow (1890–1905). From 1860 onwards, he has acclaimed as a physiologist in academic circles. He has also well known in Russian society for his public lectures on physiology and his views on physiological psychology. The latter resulted in him being branded “politically unreliable” by the tsarist bureaucracy from 1863 onwards. I. Sechenov's first (1862) study on central inhibition remains his most memorable. He delayed the withdrawal of a frog's foot from a weak acid solution by chemical or electrical stimulation of

selected parts of the central nervous system. He also noted similar effects on his own hand during co-activation of other sensory inputs by tickling or teeth gnashing.

Today his experiments and fundamental statements about physiological psychology are relevant. That is why Sechenov's theory about Higher nervous activity is important nowadays. We provide a brief history and focus on the pioneering work of Russian physiologist and physiological psychologist Ivan Michailovich Sechenov.

**The main material.** The Engineering College (1843–1848) and a brief period as a military engineer (until 1850), I. Sechenov enrolled in medical school at the University of Moscow. He graduated in 1856 with the intent of becoming a physiologist (Fig. 1). Accordingly, he spent the next 3½ years working in several prominent laboratories, including three in Berlin, one in Leipzig, one in Vienna, and two in Heidelberg. At several of these laboratories, he collected sufficient physico-chemical and electrophysiological data to write a doctoral dissertation, which was awarded shortly after his return to Russia in 1860. I. Sechenov's academic positions began at the St. Petersburg Medico-Surgical Academy (1860–1870), where he was awarded his doctoral dissertation degree at the very beginning of his employment. He rose quickly from assistant to full professor, and subsequently had professorial positions at Novorossiysk University in Odessa (1871–1876), St. Petersburg University (1876–1888), and Moscow University (1891–1901). After retirement, he continued to work in his university quarters until

his death, in late 1905 at the age of 76. I. Sechenov's first scientific paper published in 1855 when he was 26 years old, and his last in 1908, 3 years after his death. In these 53 years, he contributed over 150 mostly scientific publications. I. Sechenov was a particularly prominent Russian physiologist and physiological psychologist. From the beginning of his first university faculty appointment, he championed the importance of universities for advancing Russian science and culture as well as women's rights to a tertiary education, and continued to advocate for these issues throughout his career.

In 1905 I. Sechenov was endowed with the unofficial title "father of Russian physiology" by Ivan Pavlov (1849–1946), the 1904 Nobel Laureate who, like Sechenov, played a key role in Russian physiology and physiological psychology. After his death, I. Sechenov's academic accomplishments became progressively more renowned and respected in both Russia and abroad, particularly among international psychologists.

**Early life and training experiences.** I. Sechenov was the youngest of eight children of an army captain, who retired in relative financial comfort to an estate in the village of Teplyi Stan (now called Sechenova), Simbirsk Province (now called Arzamus or Middle-Volga Region), about 550 miles east of Moscow. His father, who possessed about 200 serfs, had no formal education and his mother was a former peasant with a natural intelligence. At her future husband's request before their marriage, she received reading and writing instruction at a women's convent. I. Sechenov's parents made sure their children received a thorough education and they were atypically humane to their serfs. The elder five children all received a full high school curriculum at various schools. After completing her own secondary school education at boarding school, the older daughter returned to the family estate to teach reading and writing to her two younger sisters and to I. Sechenov, who continued to receive home schooling until the age of 13½. I. Sechenov wrote fondly of his childhood in rural Russia except for the lack of male companions. He emphasized the expert instruction in French and German that he received from a skillful and popular German governess, who was treated as a member of the family. He also received tutoring in arithmetic, Russian, and Latin from a local clergyman, who was apparently far from a learned and effective teacher!

**Engineering college and brief engineering career (1843–1850).** I. Sechenov's father died when he was 10 years old. Apparently, I. Sechenov had little to say about his mother's and oldest brother's joint decision that he should go to St. Petersburg in early 1843 to receive 6 months tutoring from a military engineer. This was to prepare him for an August 1843 entrance exam for enrollment at the St. Petersburg Main Military Engineering College. The college offered both a 4-year and a 6-year curriculum to be followed by a career as a military engineer. This initial 6-month trial period for a rural 14-year-old was a sorrowful experience of near-total isolation and inadequate tutoring. This experience presumably contributed to I. Sechenov's early-developed resolute, stoic personality and ability to study any discipline on his own. These included French and Russian grammar (two areas in which he was already advanced), and history and geography (which ironically did not appear on the entrance exam). I. Sechenov had no difficulty passing the en-

trance exam and the subsequent first 5 years of the 6-year curriculum. His lack of companionship throughout 1843 was alleviated to some degree by his un day visits to the home of his previous governess, who along with her younger sister and mother treated him with great kindness. These visits continued on Sundays and holiday periods throughout his 5-year college experience.

The college environment, which was quite strict and academically demanding, apparently suited I. Sechenov. It provided his first opportunity to form close friendships with his male teenage peers and to engage in many fun-filled and often bold adventures. The curriculum was quite advanced, particularly in mathematics (differential equations by his fifth year), physics, inorganic chemistry, analytical mechanics, the history of architecture, and French literature. I. Sechenov excelled in these areas, particularly the physical science topics taught by the highly respected mathematician, Mikhail V. Ostrogradskii, but was indifferent to the main subject, fortification using engineering methodologies. For this indifference, and a variety of misdeeds indicative of an independent and headstrong personality, he was not selected by the vindictive director to complete the final sixth year of education at the college. Rather, he was assigned in June 1848 at the age of 19 to a reserve engineering battalion in Kiev as a second lieutenant. A family indentured servant from his childhood village was provided to him at that time by his mother. I. Sechenov's 1½ years in Kiev were quite dull professionally and sufficient to convince him that he had no desire to continue as a fortifications engineer. Rather he decided for altruistic reasons at the age of 20 to leave the military and enter medical school encouraged to do this by the 20-year-old sister of a fellow officer. She was a well-educated widow with whom I. Sechenov had many serious discussions, while, at the same time being secretly enamored of her, albeit to no avail! Over 50 years later he wrote about her with great affection and gratitude<sup>1</sup>.

**Medical and post-medical degree research training (1850–1860).** I. Sechenov arrived at Moscow University in October 1850 with the hope of beginning medical school but he could not take the entrance examination until the late summer of 1851. He therefore spent almost a year in Moscow auditing lectures at the university, reading in a variety of non-medical (particularly cultural) areas, and studying for his entrance exams. Even though quite poor, he and his servant nonetheless found ways to survive, with I. Sechenov even experiencing the Moscow culture, in particular its literature, music, and ballet. I. Sechenov wrote at length about his medical courses in his autobiographical notes, the most striking features being his progressive distaste for the empirical nature of his clinical training and his progressive fascination with the field of physiology, as taught to him with a theoretical bent by Ivan Glebov (1806–1884). After a shaky third year Sechenov buckled down in his fourth and fifth years to the rigors of clinical training and came to respect the abilities of a surgery professor, Fyodor Inozemtsev (1802–1869). Nonetheless, when I. Sechenov graduated in June 1856 with a degree in medicine he had no doubt that his academic future would be in physiology. A small inheritance that I. Sechenov received from his late mother's estate and an even smaller legacy from a deceased aunt sometime later, enabled him to immediately study and travel abroad for 3½ years from mid-1856 to 1860 and gain freedom from

<sup>1</sup> Anon., "Pamjati Petra Alekseevicha Kiseleva" [Memory of Peter Alekseevich Kiseleva], *Russ. Zhurn. Fiziol.*, No. 7, 1987, P. 22-23.

family serfdom for his loyal servant, who had become his comrade. While they again lived quite modestly, I. Sechenov showed great resoluteness and steadfastness by working in succession in the renowned laboratories of Franz Sonnenschein (1817–1879) (analytical chemistry), Emil Du Bois-Reymond (1818–1896) (electrophysiology) and Ernst Hoppe-Seyler (1825–1895) (biochemistry) in Berlin, Otto Funke (1828–1879) (physiology) in Leipzig, Karl Ludwig (physiology; recall footnote 5) in Vienna, and Hermann von Helmholtz (1821–1894) (physics, electrophysiology, psychology) and Robert Bunsen (1811–1895) in Heidelberg. At most of these laboratories he accumulated largely physico-chemical data, particularly about the absorption of gases by the blood, but also electrophysiological data that he incorporated into his doctoral dissertation. For example, his first published article in neuromuscular physiology was undertaken in Funke's laboratory. It addressed the correction of an error, which he had found in Bernard's work on the effects of potassium sulfocyanide on nerves and muscles. Hoppe-Seyler was the main mentor for I. Sechenov's thesis research with Ludwig playing a more dominant and long-lasting role as his primary mentor and very close German friend and advisor. Throughout his post-medical-training period in Germany and Austria, I. Sechenov heard lectures from the above group and, in addition, heard lectures by, and interacted with other prominent scientists including Heinrich Magnus (1802–1870) (chemistry and physics), Heinrich Rose (1795–1864) (analytical chemistry), Johannes Müller (1801–1858) (physiology and comparative anatomy) and Ernst Brücke (1819–1892) (physiology). In his 1907 autobiographical notes I. Sechenov did not mention making an effort to meet Bernard, but he may well have done so. (Recall that he was later to work in Bernard's laboratory for 6 weeks in 1862). Throughout his postdoctoral research experience I. Sechenov found time for vacations in Germany, Austria, Italy, and France. The latter came near the end of his 1856–1860 postdoctoral studies abroad when he visited Paris. In fact his visit to France was essentially a tourist experience. However, it did include (purely by chance) attending some lectures on so-called “theoretical surgery” by Joseph-François Malgaigne (1806–1865). In summary, it seems that I. Sechenov's basic biomedical science and clinical training in Moscow, the best then available in Russia, were not nearly at the level attainable in Germany, France, Great Britain and the USA. His post-medical education and laboratory training, however, were certainly as thorough and high a caliber as that available to his peers in these countries.

**University career.** St. Petersburg medico-surgical academy (1860–1870). After defending his doctoral dissertation within 1 month of his arrival in St. Petersburg in February 1860, I. Sechenov became a “junior scientific assistant” and immediately began presenting lectures and laboratory demonstrations. The latter included use of equipment he had acquired from Germany. It included a then state-of-the-art galvanometer, a direct current stimulator (a Du Bois-Reymond inductorium), a multiplier device to reduce polarization of stimulating electrodes, and a mounting apparatus for making electrophysiological measurements on frogs. His electrophysiological equipment was thus almost identical to that used by Du Bois-Reymond. This was the equipment's first use in Russia, which I. Sechenov (1861) explained in a technical article and lectures published as a text (Sechenov,

1862). This effort gained near instant recognition because it pioneered electrophysiological instruction and research in Russia. These 10 years were very productive and dramatic, albeit turbulent, for I. Sechenov. His academic efforts flourished, including (1) his peace of mind that resulted from the overall societal benefits that he believed would accrue nationally after the abolition of serfdom in 1861; (2) his rapid promotion to I. Sechenov reflected “I called Olga Aleksandrovna my benefactress, above, and not for nothing. I went to her house as a youth, to this time swimming inertly in the channel to which fate had thrown me, without a clear consciousness where it might lead me. But I left her house with my life's plan prepared, knowing where to go and what to do.... To what, if not her influence, was I obliged for going to the university, namely that which she considered foremost – to study medicine and to help my fellow man. It is possible, finally, that some part of her influence even affected my very late service to the interests of women who were struggling for an independent way”<sup>2</sup>. About his medical training, I. Sechenov wrote “The first two years I “extraordinary” (special) professor in March 1861 and “ordinary” (full) professor in April 1864, (3) completion of most of the St. Petersburg research that he and his trainees undertook on central inhibition, (4) the publication in 1863 of “Brain Reflexes,” his first major work in the field of physiological psychology, (5) further advances on central inhibition, as undertaken during an 1867 stay in the laboratory of Alexander Rollet (1834–1903), Karl Franzens University, Graz, Austria, and (6) widespread recognition that he was a brilliant lecturer to both university students and the lay public, and one who augmented his university lectures with laboratory (experimental) demonstrations. His private life was also most rewarding including (1) no longer being poor, (2) forming and/or continuing close, lifelong friendships with several faculty, including the subsequently renowned clinical internist, Sergey Botkin (1832–1889) and (3) most importantly, beginning in 1961 to direct the research of Bokova and beginning his life-long partnership with her (Fig.2). These years were not without their tribulations. First, the St. Petersburg Censorship Department attacked his 1863 essay, “Brain Reflexes,” for being overly materialistic, anti-religious, and for opposing the tsarist-approved political ideology. I. Sechenov had hoped to publish this essay with the title “An Attempt to Bring Physiological Bases into Mental Processes” in a popular, widely read liberal periodical, “Sovremennik.” The censor department insisted, however, that it be published in a medical journal and with a medical title (Sechenov, 1863–1866) so the essay would not be available to the public. The expanded second edition in 1866 further enraged the censorship department so they banned it temporarily. Nonetheless, the essay attracted immediate Russian acclaim in 1863, and later the international acclaim that persists to this day. In Russia, however, there were also many hostile reactions from both the authorities and people not knowledgeable about psychology and physiology. This hostility persisted throughout I. Sechenov's life. A second problem was that while he was given near-optimal research space and equipment, his laboratory was cold and damp, being situated above a cellar, which, no one seemed to realize, was filled with stagnant water. This brought on a respiratory illness in 1866 that produced general weakness and dizziness. His illness continued for several years, and he did not recover

<sup>2</sup> Aminoff, M.J., “Brown-Se'quard: Selected Contributions of a Nineteenth-Century”, *Neuroscientist*, № 6, 2000, P. 60–65.

fully until moving to Odessa (see below). Finally, I. Sechenov became progressively disillusioned with the St. Petersburg Medico-Surgical Academy for two reasons. First, he was an outspoken champion of women being entitled to a university education in general and a medical one, in particular. This was banned at the St. Petersburg Medico-Surgical in 1864. Second, he felt the faculty had become too inbred. This problem became explosive in the spring of 1869 when the later 1908 Nobel Laureate (for work on immunology), Ilya Mechnikov (1845–1916), was not appointed to the professorship in zoology. I. Sechenov promptly resigned after this decision was announced, even though he had not yet secured another position for himself.

**Novorossiysk University in Odessa (1871–1876).** With the considerable help of Mechnikov, I. Sechenov was approved for a full professorship at Novorossiysk University in Odessa in August 1870. The Odessa authorities delayed this appointment until April 1871 because they were not comfortable with I. Sechenov's fiery and outspoken public reputation on academic issues and his notoriety following the publication of "Brain Reflexes". While waiting for the appointment, I. Sechenov worked happily in the renowned St. Petersburg laboratory of Dmitry Mendeleev (1834–1907), who taught him additional skills in chemistry. I. Sechenov's time in Odessa was particularly happy. He had many interesting friends among the faculty (particularly Mechnikov), and with Bokova, he had several enjoyable vacations in Western European countries and cities, including trips to Paris and London. In contrast to Bokova, Sechenov had no science interactions in London because he did not speak English. I. Sechenov's physiological research in Odessa focused largely on respiratory gas exchange and the role of CO<sub>2</sub> in the blood, which continued until his 2005 demise. His contributions to electrophysiology and neurophysiology included work on the responses of nerves to high frequency stimulation, locomotion in frogs (one published abstract on this topic), the effects of vagus nerve stimulation on the heart, and short articles defending his earlier work on central inhibition. Two psychology articles attracted great interest among the intelligentsia. I. Sechenov also continued to help Bokova's translate largely German textbooks into Russian. His editing of Bokova's translation of Darwin's 1871 "Descent of Man..." into Russian (Darwin and Sechenov, 1871–1872) was read immediately and widely. Subsequently, he applied the ideas of Charles Darwin (1809–1882) to physiology and psychology such that "Sechenov can justly be considered the precursor of evolutionary physiology in Russia".

**St. Petersburg University (1876–1888).** Despite Sechenov's fondness for Odessa and his university and private life there, he transferred back to St. Petersburg in May 1876. He spent the next 12 years at St. Petersburg University pursuing his academic duties and scientific interests. He also gave free lectures in the first Russian university courses for women. This epoch included a particularly happy stay in terms of his family life, which included interactions with two of his siblings, their families, and other relatives, and many close associations with his fellow faculty members including Botkin. He also derived great pleasure from his lectures to the Bestuzhev women. I. Sechenov's research at the St. Petersburg University brought him "...many happy moments and great grief". His laboratory was modest in size, equipment, and personnel. "Nonetheless, I worked very

successfully here and qualitatively did more in essence than in any of my former Sergey Botkin have long been considered one of the fathers of modern Russian medicine and medical education"<sup>3</sup>. In his autobiography, I. Sechenov commented somewhat mildly that "Because of this book, I was made out to be an unintentional champion of undisciplined temper and a nihilistic philosopher" His problems included inadequate and insufficient instrumentation to optimally continue his Odessa work on respiratory gas exchange and the role of CO<sub>2</sub> and the feeling that his peers did not consider his work on the absorption of blood gases by salt solutions to be of particular importance because they thought it lacked general applicability. He was compensated in part by a well-received set of physiology essays, some original renal research, and a substantial effort for 2½ years studying electrical activity in the medulla and spinal cord of the frog. This latter work focused on spontaneous brain wave activity and it served to again rule out fatigue as a cause of central inhibition. I. Sechenov also studied some fundamental electrical properties of peripheral nerve cells and their axons. About this latter work, he wrote years later with much feeling that "... I, by some incomprehensible mental lapse, made a mistake in the currents in the branching conductors, which a high school boy would hardly have made if he had had an elementary course in physics". An interesting article written by I. Sechenov in this period was a critique of the overall university situation in Russia prior to 1860. Relatively recently, he has been criticized for being overly harsh in his judgment. I. Sechenov became sufficiently frustrated, discouraged, and upset with his research on blood gases, salt solutions, and respiration, and possibilities for his personal further development as a physiologist at St. Petersburg University, that he retired in 1888 and spent the next year at his wife's rural estate. While there he negotiated successfully for "... a more modest position as a "Privatdocent" (a non-paid position) in Moscow". I. Sechenov spent 1890 quite peacefully and contentedly in this position at Moscow University here he focused on giving lectures to medical students and writing a textbook, "Physiology of the Nervous System"

**Moscow University and subsequent retirement (1891–1905).** I. Sechenov occupied two well-equipped rooms in his new and last position as Professor of Physiology at Moscow University. This arrangement continued after his retirement in 1901 up to his death in 1905. For Sechenov these years were relatively calm politically, and quite productive research-wise. The latter included work with his trainee and subsequent collaborator, Mikhail Shaternikov (1870–1939), who later became quite prominent in Russian physiology circles. I. Sechenov's research in Moscow continued to be varied and impactful. With Shaternikov, he put much time and effort into studying metabolism, respiratory physiology and the role of CO<sub>2</sub>, which they investigated both chemically and functionally. By 1896, the general applicability of I. Sechenov's work on CO<sub>2</sub> absorption by blood and other salt solutions was recognized and "...I. Sechenov was highly gratified by this confirmation of his labor of many years". In his autobiographical notes I. Sechenov stated that his main writing between 1891 and 1901 was in three books. The first was "Physiology of the Nervous System", which addressed issues ranging from the unconscious movements of decerebrate animals to higher forms of human perception and ended with his viewpoints on how to advance the field

<sup>3</sup> Kovshova O.S., Vzorova L.A., Kurbatova E.G. "Ivan Mikhaylovich Sechenov — vydayushchiysya russkiy fiziolog. osnovatel meditsinskoy psikhologii kak nauki" [Ivan Mikhailovich Sechenov is an outstanding Russian physiologist. The founder of medical psychology as a science], *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. Zhurn*, 2016, N 5(40), URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2016\\_5\\_40/nomer01.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2016_5_40/nomer01.php)

of experimental psychology. The second book, "Essay on the Working Movements of Man," was the first Russian book on the physiology and biomechanics of human labor. The third book was his translation into Russian of a clinical textbook written by a German internist, Karl von Noorden (1858–1944), who some feel has been neglected in medical history. This work on the physiology and biomechanics of human labor was one of his last endeavors, with several publications between 1901 and 1906 (Fig.3,4).

**Conclusions.** Throughout his autobiographical notes I. Sechenov revealed his intense concern for the wellbeing of humankind, and those he respected and liked. While far from being active politically, he had great concern and support for "vox populi," including the full emancipation of women, in particular. I. Sechenov was known for his somewhat strange avoidance of any administrative responsibilities and publicity. Setting aside his notorious popularity among nihilists, which he never sought, I. Sechenov deserved esteem for his personal qualities. Iliа Mechinkov recalled, that "everywhere I. Sechenov was met with a sympathetic even enthusiastic attitude. I. Sechenov enjoyed good relations with several faculty members at Moscow University. Irony was certainly in order because 1904 was the year that he was elected to the Russian Academy of Sciences and a year later the by-then-famous Pavlov heralded him as "the father of Russian physiology!" The final footnote documents I. Sechenov's close academic and other friends, because they helped inspire his academic performance. Clearly, his was a life well spent (Fig.5).

**Тимофійчук Інґа, Роман Лілія, Семененко Світлана, Савчук Тетяна, Роман Ігор. Наукові здобутки видатного фізіолога І.М. Сеченова.** У статті представлений життєвий і науковий шлях видатного російського фізіолога Івана Михайловича Сеченова (1829-1905), який уперше описав концепцію нейрофізіології центрального гальмування у тварин та в організмі людини. Пізніше його послідовники розширили вчення центрального гальмування, вивчаючи цей процес не тільки у жаб, але й у ссавців. За кордоном І. Сеченов більше відомий за свій внесок до фізіологічної психології. В Росії його називають «батьком російської фізіології» завдяки його науковим здобуткам у галузі нейрофізіології та в інших аспектах фізіології, зокрема газів крові та дихання, фізіології і біомеханіки руху, загальним фізіологічним концепціям, які він описав у своїх трактатах, а також завдяки науковим перекладам з німецьких джерел. Закінчивши Московський Медичний Університет у 1856 році, І. Сеченов провів три з половиною роки у Німеччині та Австрії, де відвідував лекції і проводив пошукову роботу під керівництвом декількох видатних фізіологів і біохіміків. У його подальшій академічній діяльності і кар'єрі він займав посади в університетах Санкт-Петербургу (1860-1870; 1876-1888), Одеси (1871-1876) та Москви (1890-1905). З 1860 і далі він був проголошений фізіологом в академічних колах. Вчений також був відомий у російському суспільстві завдяки своїм публічним лекціям з фізіології та своїм інноваційним поглядам на фізіологію психічної діяльності. За останнє царська бюрократія оголосила І. Сеченова політично ненадійним з 1863 року.

Шлях вченого до медичної школи пролягав через навчання в інженерному коледжі у 1843-1848рр., а згодом І. Сеченов працював військовим інженером. До сьогодні експерименти І. Сеченова та основні положення його теорії про фізіологію психічної діяльності залишаються актуальними і саме тому є доцільним вивчення теорії І. Сеченова про вищу нервову діяльність.

**Ключові слова:** І.М. Сеченов, центральне гальмування, історія фізіології.

**Тимофійчук Інґа** – кандидат медичних наук, доцент кафедри фізіології ім. Я. Кіршенблата ВДНЗ України

"Буковинський державний медичний університет". Співавтор 2 підручників й автор понад 70 наукових статей. Коло наукових інтересів: вплив патогенних чинників на структуру і функцію нервової системи людини.

**Тумофійчук Інґа** – candidate of medical science, assistant of professor of physiology department named after Y. Kirshenblat of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University». Coauthor of two text-books and of over 70 scientific articles. Research interests: pathogenic factors influence on the structure and function of the human nervous system.

**Роман Лілія** – кандидат філологічних наук, викладач кафедри суспільних наук та українознавства ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». Автор понад 60 публіцистичних та 32 наукових і навчально-методичних робіт. Співавтор навчально-методичного підручника та монографії. Коло наукових інтересів: інновації у методиці викладання української мови як іноземної.

**Roman Liliya** – PhD of Philology, teacher of the department of Social Sciences and Ukrainian Studies of Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University". Author of more than 60 nonfiction and 32 scientific and educational works. Coauthor of teaching textbook and monograph. Research interests: innovation in methods of teaching Ukrainian as a foreign language.

**Семененко Світлана** – кандидат біологічних наук, доцент кафедри фізіології ім. Я. Кіршенблата ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». Співавтор монографії та 2 підручників. Автор 55 наукових статей. Наукові інтереси: роль оксиду азоту в хроноритмічній регуляції діяльності нирок.

**Semenenko Svetlana** – candidate of biological sciences, associate professor of physiology department named after Y. Kirshenblat of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University». Co-author of monograph and two textbooks. The author of 55 scientific publications. Research interests: the role of nitric oxide in the regulation of renal chronorytmichniy of kidney.

**Савчук Тетяна** – кандидат медичних наук, асистент кафедри фізіології ім. Я. Кіршенблата ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». Автор 20 наукових статей. Коло наукових інтересів: історія медицини, історія фізіології, нейродегенеративні зміни.

**Savchuk Tetiana** – PhD, assistant of physiology department named after Y. Kirshenblat Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University." Author of 20 scientific articles. Research interests: history of medicine, pathogenic factors influence on the structure of nervous system.

**Ігор Роман** – к. філософ. н., асистент кафедри філософії Чернівецького національного університету імені Ю. Федьковича. В доробку автора – більше 60 наукових статей, 2 методичних посібники: «Філософія для лінгвістів» та «Філософія Середніх віків». Коло наукових інтересів: герменевтичний потенціал норми у філософії науки, прагматика апеляції в сакральних англомовних текстах, герменевтичні інтерпретації сакрального англомовного дискурсу.

**Igor Roman** - PhD, Assistant Professor of Department of Philosophy of Chernivtsi National University named after Y.Fedkovych. In the works of the author - over 60 scientific articles, 2 methodical manuals "Philosophy for linguists" and "Philosophy of the Middle Ages". Research Interests: hermeneutic potential norms in the philosophy of science, pragmatic appeal in English sacred texts, hermeneutical interpretation of sacred English discourse.

**Received:** 19. 03. 2017

**Advance Access Published:** April, 2017

© I. Tymofiychuk, L. Roman, S. Semenenko, T. Savchuk, I. Roman, 2017



Applications



Fig. 1 Sechenov in his youth



Fig. 2 Sechenov with his wife and I.P. Suslova 1897 year



Fig. 3 "Physiology of the nervous system" - 1866

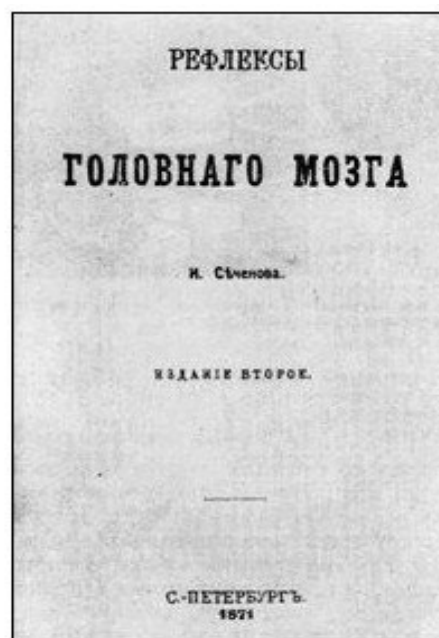


Fig. 4 "Reflexes of the brain" - 1863



Fig. 5 Monument-bust to Ivan Mikhailovich Sechenov near the First Moscow Medical University

**ІСТОРИЧНИЙ ОГЛЯД ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНИХ  
МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ****Валентин ШВЕЦЬ, Софія БОШТАН, Лілія БОРЕЙКО,**ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,  
м. Чернівці (Україна),  
bsofija@mail.ru**HISTORICAL OVERVIEW  
OF ELECTROPHYSIOLOGICAL METHODS.****Valentyn SHVETS, Sofia BOSHTAN, Lilia BOREIKO,**Higher State Educational Establishment of Ukraine  
„Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi (Ukraine),

**Швец Валентин, Боштан Софія, Борейко Лілія. Исторический Обзор электрофизиологических методов исследования.** Трудно переоценить значение для физиологии нервов, мышц и центральной нервной системы имели электрофизиологические исследования.

Впервые мысль о том, что в животном организме происходят какие-то электрические явления была высказана Л. Гальвани в 1786 г. Основанием для нее служил эксперимент, в котором Гальвани наблюдал сокращение мышцы. Несмотря на то, что упомянутые здесь исследования, являлись основополагающими, электрофизиология как самостоятельная область исследования оформилась лишь в середине 40-х годов XIX в. благодаря классическим исследованиям Э. дю Буа-Реймона. Обладая хорошей подготовкой в области физики, Э. дю Буа-Реймон значительно усовершенствовал электроизмерительную аппаратуру, провел весьма точные эксперименты и установил ряд закономерностей, характеризующих электрические явления в мышцах и нервах. В.Ю. Чаговец впервые в мировой науке применил теорию электролитической диссоциации Аррениуса для электрофизиологии, сформулировал ионную теорию происхождения биоэлектрических потенциалов (1903) и предложил конденсаторную теорию электрического раздражения живых тканей (1906). Резюмируя, нужно отметить, что, несмотря на примитивную технику исследования, выдающимся ученым того времени удалось создать основы современных знаний в этой области науки.

**Ключевые слова.** *нейрофизиология, электрофизиологические исследования, история электрофизиологии.*

**Introduction.** An electrophysiological study was difficult to overestimate for the physiology of the nerves, muscles and central nervous system. Electrophysiology is the direction of research in physiology, the subject of whose interests are electrical phenomena in living structures and it is the section of physiology that studies the electrical phenomena in the body in its various activities: voluntary and involuntary induced and spontaneous on the micro and macro range from research bioelectrical activity mediated by ionic processes in synapses and the membranes of individual cells and fibers, to analysis of the results of printing registration to assess the integrative functions of the whole organism. Currently electrophysiology itself is both methodical base of many branches of physiology and psychology, and medicine and biophysics<sup>1</sup>.

**The main material.** The successes of electrophysiology throughout its history are inextricably linked with the current achievements of physics and technology and improvements in electrical measuring and electroregistration equipment. Any new achievement in this field was immediately accepted "for service" by electrophysiologists. One example can be the following fact, referring to the early period of electrophysiological studies<sup>2</sup>.

The development of electrophysiology is traced from the early beginnings represented by the work of the Dutch microscopist, Jan Swammerdam, in the 17th century through

the first notion of an aqueous transmembrane pore as a substrate of excitability made by Luigi Galvani in late 18th century to the invention late in the 20th century of the patch-clamp technique by Erwin Neher and Bert Sakmann.

For the first time the idea that some electrical phenomena occur in the animal body was expressed by L. Galvani in 1786. The basis for it was an experiment in which Galvani observed a contraction of the muscle when a two-metal arc was applied to it and a suitable nerve to it. Galvani's interpretation of his experience was refuted by A. Volta, who convincingly showed that the source of electricity was the contact of two different metals, and not living tissue, which in this case plays the role of a wet conductor. However, Galvani soon after confirming his idea made the experience of applying the sciatic nerve to the abdomen of the gastrocnemius muscle of the frog and saw that this was often accompanied by a contraction of the muscle. First electric potentials arising in the brain in response to stimulation of a sensory organ R. Caton investigated in 1875 he imposed a recording electrode directly on the cerebral cortex of the animal, the other - on the surface of the brain and cut using light as a stimulus lamps, observed changes in the potential difference between the electrodes. Caton also include the merit of opening an electroencephalogram (EEG) in the same experiments. By placing both electrodes on intact brain, he discovered the potential difference continuous

<sup>1</sup> Gary S. Aston-Jones, George R. Siggins *Electrophysiology*, URL: <http://www.acnp.org/g4/GN401000005/>

<sup>2</sup> Del Castillo J, Hime J, Pérez-Acevedo N.A "Short history of electrophysiology and its techniques", Section III, *Electrophysiological instruments and techniques*, P R Health Sci J, 1998, N. 17(1), P. 81-88.

fluctuations in the absence of stimulation. It was also EEG. For the first time evoked potentials (EP) in the cerebral cortex recorded by Neminskyy (1913.1925) with a string galvanometer. In 1797 the discovery of L. Galvani was confirmed by the German naturalist A. Humboldt.

In 1837, the Italian physicist and physiologist K. Matteucci discovered the difference in electrical potentials between the damaged and intact muscle parts. He also showed that with contraction, the muscle generates an electric current that can be the cause of the excitation of another neuromuscular drug.

In 1848 the German physiologist E. Dubois-Reymond, using more advanced means of experimental technique, confirmed the existence of a potential difference between the damaged and undamaged parts of the unexcited muscle or nerve, and also that the "fault current" decreases upon excitation. This "negative fluctuation" was subsequently called the "action potential". The work of E. Dubois-Reymond laid the foundation for modern electrophysiology.

In the history of world electrophysiology, the indisputably outstanding works of Russian physiologists of contemporaries E. Dubois-Reymond and his immediate followers are not reflected. This fact is difficult to explain by the ignorance of the Russian physiologists by the European physiologists, the unknown or unpublished work of these scientists by Russian scientists. In particular, it is impossible to name unknown works on electrophysiology of the Russian physiologist Ivan Mikhailovych Sechenov and a number of his contemporaries. In 1856-59 he worked in the laboratories of I. Müller (Berlin), E. Dubois-Reymond and F. Hoppe-Seyler (Berlin), O. Funke (Leipzig), K. Ludwig (Leipzig), G Helmholtz (Heidelberg)<sup>3</sup>. There he had a real opportunity not only to study the achievements of physiology, electrophysiology of that time, but also to critically evaluate these achievements. Later, in 1862 I.M Sechenov in his book "On Animal Electricity", advanced arguments against the generally accepted at the time of the concept of bioelectrogenesis E. Dubois-Reymond. He also criticizes this criticism in his lectures "On Animal Electricity" at the Military Medical Academy, for which he was awarded the Demidov Prize of the St. Petersburg Academy of Sciences (1863). A feature of the views of Western European scientists on the causes and mechanisms of electrical phenomena in living tissues was that they were based on elementary physical models. At the same time, living entities and phenomena were identified with inanimate ones, and the truth of physical prerequisites was not questioned. These concepts, much simplified in comparison with reality, about the nature of "living electricity" were called the theory. (On the same fundamentally incorrect methodological purely physical positions are many modern electrophysiologists who absolutize the modern physicochemical models of electrogenesis). Refuse then the Western physiologists from this deliberately incorrect rigid installation, and electrophysiology, even without changing the direction of its development, could get much better results. But for this it would be necessary either to recognize the ideas of I.M Sechenov about the nature of living electricity, or at least to use these ideas without specifying the name of their creator. And the idea of I.M Sechenov is simple and is reflected in the quote from the above-mentioned book: "The electrical phenomena of muscles and nerves are

the products of their life." It would seem, what is special about this seemingly insipid phrase? A feature is that, unlike E. Dubois-Reymond, who "... a number of phenomena boiled down to the molecular structure of the organ that produces them ..." I.M. Sechenov considered these phenomena "products of life". Although, is it possible to reproach E. Dubois-Reymond and his contemporaries in that they did not see the difference between science, physics and life, if the majority of modern material scientists adhere to the same purely physical primitive views on the relations of reality and perceptions of it. Shumovskii's work (Shumovsky, Medical Gazette, "On Pairelectronic Phenomena in Muscles and Nerves", 1862) on the effect of cooling on resting currents was published in 1862<sup>4</sup>.

Later, in 1862 I.M Sechenov in his book "On Animal Electricity", advanced arguments against the generally accepted at the time of the concept of bioelectrogenesis E. Dubois-Reymond<sup>5</sup>. He also criticizes this criticism in his lectures "On Animal Electricity" at the Military Medical Academy, for which he was awarded the Demidov Prize of the St. Petersburg Academy of Sciences (1863). A feature of the views of Western European scientists on the causes and mechanisms of electrical phenomena in living tissues was that they were based on elementary physical models. At the same time, living entities and phenomena were identified with inanimate ones, and the truth of physical prerequisites was not questioned. These concepts, much simplified in comparison with reality, about the nature of "living electricity" were called the theory. (On the same fundamentally incorrect methodological purely physical positions are many modern electrophysiologists who absolutize the modern physicochemical models of electrogenesis). Refuse then the Western physiologists from this deliberately incorrect rigid installation, and electrophysiology, even without changing the direction of its development, could get much better results.

But for this it would be necessary either to recognize the ideas of I.M Sechenov about the nature of living electricity, or at least to use these ideas without specifying the name of their creator. And the idea of I.M Sechenov is simple and is reflected in the quote from the above-mentioned book: "The electrical phenomena of muscles and nerves are the products of their life." It would seem, what is special about this seemingly insipid phrase? A feature is that, unlike E. Dubois-Reymond, who "... a number of phenomena boiled down to the molecular structure of the organ that produces them ..." I.M. Sechenov considered these phenomena "products of life". Although, is it possible to reproach E. Dubois-Reymond and his contemporaries in that they did not see the difference between science, physics and life, if the majority of modern material scientists adhere to the same purely physical primitive views on the relations of reality and perceptions of it. Shumovskii's work (Shumovsky, Medical Gazette, "On Pairelectronic Phenomena in Muscles and Nerves", 1862) on the effect of cooling on resting currents was published in 1862.

The first work in Russia, which initiated a purposeful explanation of the causes and mechanisms of the emergence and existence of electrical phenomena in living tissues, should be considered the work of V. Yu. Chagovts - junior contemporary I.M Sechenov.

<sup>3</sup> Verkhatsky A, Krishtal O.A, Petersen O.H. "From Galvani to patch clamp: the development of electrophysiology", *Pflugers Arch*, 2006, N. 453(3), P. 233-247.

<sup>4</sup> Nilius B. "Pflugers Archiv and the advent of modern electrophysiology. From the first action potential to patch clamp", *Pflugers Arch*, 2003, N. 447(3), P. 267-271.

<sup>5</sup> Kostyuk P.G., Winter V.L., Magura J.S., Miroshnichenko M.S., Shuba M.F. Biophysics, Kyiv, CUP "Kyiv University", 2008, 567 p.

This was his publication (1896) when he was still a third-year student of the Military Medical Academy. Subsequent work was carried out by him in the period from 1898 (dissertation) to 1906 (Essay on Electrical Phenomena on Living Tissues, Issue II. Electrophysiology of the Nervous Process, Petersburg), when he was an employee of I.R. Tarkhanova at the Department of Physiology of the Military Medical Academy.

V.Yu. Chagovets made a follower of the idea of I. Sechenov described above about the origin of electrical phenomena in living tissues. Through logical reasoning, clothed in clear mathematical calculations, he theoretically proved that the ultimate cause of the existence of the difference in the potentials of living tissue is its metabolism - the central phenomenon of life. At the same time, the values of electrical phenomena calculated on the basis of the theoretical model ("fault current") were surprisingly identical with the experimental data. By the way, V.Yu. Chagovets, who completely overthrew the views of E. Du Bois-Reymond and his Western European predecessors and followers, was dedicated to the memory of E. Dubois-Reymond, who two years earlier had left for another world. We will not find Chagovets in the works of Western scientists, and even in the works of those who were subsequently nominated as Nobel laureate in the field of electrophysiology<sup>6</sup>. Another important achievement of V.Yu. Chagovets in electrophysiology and physiology in general had a physiological interpretation of the empirical relationship between the previously "inexplicable" intensity and the duration of the effect causing excitation (the Goorweg-Weiss curve). V.Yu. Chagovets formulated (1906) a more adequate mathematical model describing these relations, and showed that the dependence of Goorweg-Weiss is a particular case of his model.

So the model of the relationship between intensity and duration of exposure, which is of great importance both in explaining the natural transmission of excitation, and in explaining the effect of electric current on the body, should rightly be called the Chagovets-Goorweg-Weiss model. A few years later in 1909 the French physiologist Louis Lapik proposed chronaxy as a quantitative point measure of the excitability of a living object. Significant, but unrecognized in the West, successes of Russian electrophysiology were associated with the works of Bronislav Fortunatovich Verigo (1860-1925), an employee of I.R. Tarkhanov in the Department of Physiology of the Military Medical Academy. In his thesis ("On the action of a discontinuous and continuous galvanic current on the nerve (an attempt to explain the physiological phenomena of an electroton", 1888), performed partly under the guidance of I.M. Sechenov in his laboratory at the University of St. Petersburg, B.F. Verigo laid the foundations of modern ideas about the accommodation of excitable tissues, the patterns of influence of sub-threshold effects.

So in 1888 the German physiologist J. Bernstein<sup>7</sup> (Julius) invented a differential reotom, a device for studying the currents that accompany the excitation of living tissue. With his help, J. Bernstein estimated the time characteristics of the action potential: the latent period, the rise and fall time of the action potential. In 1875 the French physiologist

E.J. Marey used a capillary electrometer to record electrical heart phenomena, and the Russian and Soviet physiologist A.F. Samoilov in 1908 applied this device to the study of skeletal muscle. In the seventies of the 19th century I.R. Tarkhanov uses the telephone as a device for detecting the currents of muscle action in humans and animals, and in 1884 the Russian physiologist N.E. Vvedensky used this experience in his studies of action potentials.

So, the first work, which initiated a purposeful explanation of the causes and mechanisms of the emergence and existence of electrical phenomena in living tissues, should be considered the work of V. Yu. Chagovets, performed in 1896 in the laboratories of Russian physiologists I.M. Sechenov and I.R. Tarkhanov in the Military Medical Academy and St. Petersburg University.

Later Yu. Bernshtein (1902) formulated the membrane-ion concept of the electrogenesis of living tissues, and in 1908 the model of bioelectrogenesis of V. Nernst was published<sup>8</sup>. All these ideas were developed by a number of other scientists (Hodgkin FL, Huxley AF, 1939, 1952, Boyle PJ, Conway EJ, 1941 and many others) and led to modern representations (the Goldman-Hodgkin-Katz model) on the origin of the rest potential and the action potential in the cells of excitable tissues.

Significant contribution to the development of electrophysiology was also made by Russian and Soviet physiologists Vasily Yakovlevich Danilevsky (1852-1939), Daniil Semenovich Vorontsov (1886-1965), Alexander Borisovich Kogan (1912-1989), Platon Grigoryevich Kostyuk (1924-1966), Mikhail Nikolaevich Livanov (1907-1970) and many others. Under the leadership of D.S. Vorontsov at the Institute of Animal Physiology started working eminent physiologists Platon G. Kostyuk (1924-2010) and Vasily Skokie (1932-2003). The work of these scientists associated with the first use of intracellular electrodes. During the 1952-1959 P.H. Kostyuk spent a large series of studies of excitation and inhibition in twoneurons (monosynaptic) reflex arc of the spinal cord. In these electrophysiological study, researchers for the first time in the Soviet Union were used intracellular microelectrode. In neurophysiology they were introduced in 1951 in the laboratory of British physiologist by D. Eklks, and since 1958 have become the main tool for removal of intracellular responses of neurons in the central nervous system and study processes occurring in them. In conducting this research P.H. Kostyuk received accurate information relative to the duration of synaptic delay and single course exciting and inhibitory influences.

These results were summarized in the monograph "Reflex arc" (1959), which to date is a classic leadership not only on the physiology of the spinal cord, but the overall physiology of the neuron. The Presidium of the USSR in 1960 marked the work and the monograph prize of I.P. Pavlov. If P.H. Kostyuk more interested in studies of neurons in the central nervous system, on the advice of D.S. Vorontsov V.I. Skok engaged in similar studies of neurons in the peripheral autonomic nerve ganglia.

This was expected that the most common electrophysiological properties of the central and peripheral neurons are quite the same and autonomic ganglia neurons advantage

<sup>6</sup> Kornreich B.G. "The patch clamp technique: principles and technical considerations", *J Vet Cardio*, 2007, N. 9(1), P. 25-37.

<sup>7</sup> Nilius B. "Pflügers Archiv and the advent of modern electrophysiology. From the first action potential to patch clamp", *Pflugers Arch*, 2003, N. 447(3), P. 267-271.

<sup>8</sup> Piccolino M. "Animal electricity and the birth of electrophysiology: the legacy of Luigi Galvani", *Brain Res Bull*, 1998, N. 46(5), P. 381-407.

lies in the fact that they are more accessible and interneuron connections they minimal<sup>9</sup>. In 1959 V.I. Skok was first performed intracellular removal of the natural electrical activity of neurons sympathetic and parasympathetic ganglia with preserved blood supply and nerve connections to the spinal cord.

**Conclusions.** It was found that the excitation of the nervous centres accompanied by electrical phenomena, then there is the idea of the ability to use electrophysiological methods to study the problem of localization of functions in the brain. This idea was expressed, and tried to justify his experiments B. F. Verigo (1889) and A. Beck (1890). Verigo, as if foreseeing the future development of the electrophysiology of the brain, wrote that the electrophysiological method of studying the problem of localization can have a "huge advantage over the other because of its complete objectivity". The subject of study in electrophysiology is also the activity of the nervous and other elements of their constellations, and individual organs and the whole organism under the action electrical current. Today actually electrophysiology is both methodological basis of many sections of physiology and psychology, and, in addition, medicine and Biophysics.

**Швець Валентин. Боштан Софія, Бореїко Лілія. Історичний огляд електрофізіологічних методів дослідження.** Вперше думка про те, що в тваринному організмі відбуваються якісь електричні явища була висловлена Л. Гальвані в 1786 р Підставою для неї служив експеримент, в якому Гальвані спостерігав скорочення м'яза. Трактуювання, дане Гальвані, було спростовано А. Вольтом, який переконливо показав, що джерелом електрики був контакт двох різних металів, а не жива тканина, яка в даному випадку грає роль вологого провідника. Незважаючи на те, що згадані тут дослідження, були основними, електрофізіологія як самостійна галузь дослідження оформилася лише в середині 40-х років XIX ст. завдяки класичним дослідженням Е. дю Буа-Реймона. Володіючи хорошою підготовкою в галузі фізики, дю Буа-Реймон значно вдосконалив електровимірювальну апаратуру, провів точні експерименти і встановив ряд закономірностей, що характеризують електричні явища в м'язах і нервах.

Успіхи електрофізіології протягом всієї її історії нерозривно пов'язані з поточними досягненнями фізики і техніки та вдосконаленнями електровимірювальної і електрореєструючої апаратури. Будь-яке нове досягнення в цій галузі негайно приймалося "на озброєння" електрофізіологами. Одним із прикладів може слугувати такий факт, що відноситься до раннього періоду електрофізіологічних досліджень. Коли Швейтгер побудував мультиплікатор (1820), а Ампер відкрив, явище астазії магнітної стрілки (1821), флорентійський фізик Нобілі (1827), з'єднавши мультиплікатор і астатичну пару стрілок з ділянкою тулуба і лапою жаби, виявив наявність електричного струму. Цей струм він назвав власним струмом жаби". Значну кількість фактів, які доводили справедливості відкриття Гальвані, отримав К. Маттеуччі (1837-1840), який використовував у своїх дослідках як мультиплікатор, так і "живий реоскоп".

В.Ю. Чаговець уперше в світовій науці застосував теорію електролітичної дисоціації Арреніуса для електрофізіології, сформулював іонну теорію походження біоелектричних потенціалів (1903) і запропонував конденсаторну теорію електричного подразнення живих тканин (1906). За пропозицією В.Ю. Чаговця завідувачем кафедри фізіології людини Київського медичного інституту було обрано Данила Семеновича Ворон-

цова (1886– 1965). З 1945 по 1956 роки Д.С.Воронцов завідував відділом загальної фізіології інституту і одночасно працював професором кафедри фізіології тварин і людини. Упродовж цих років Д.С. Воронцов віддає свою енергію і величезний досвід справі виховання молодих фізіологів та розвитку фізіологічної науки в університеті. Під його керівництвом відділ загальної фізіології став одним із провідних центрів електрофізіології не лише в Україні, але і в Радянському Союзі. Під керівництвом Д.С. Воронцова в Інституті фізіології тварин розпочинали працювати видатні фізіологи Платон Григорович Костюк (1924–2010) і Василь Іванович Скок (1932–2003). Роботи цих вчених пов'язані з першим використанням внутрішньоклітинних електродів. Упродовж 1952–1959 рр. П.Г. Костюк провів великий цикл досліджень з вивчення процесів збудження і гальмування в двонейронній (моносинаптичній) рефлекторній дузі спинного мозку. Результати цих досліджень були узагальнені в монографії "Двонейронна рефлекторна дуга" (1959), яка до теперішнього часу є класичним керівництвом не лише з фізіології спинного мозку, але і загальної фізіології нейрона.

Резюмуючи, слід зазначити, що, незважаючи на примітивну техніку дослідження, видатним вченим того часу вдалося створити основи сучасних знань в цій області науки.

**Ключові слова:** нейрофізіологія, електрофізіологічні дослідження, історія електрофізіології.

**Швець Валентин** – д. біол. н., проф. кафедри фізіології імені Я.Д. Кіришенблата ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». Коло наукових інтересів: фізіологія нирок, вплив важких металів на нирки, історія медицини. Автор 110 наукових праць, статей, співавтор 2 підручників, монографій.

**Shvets Valenty** – Doctor of biological science, professor of the physiology department named after of Ya. D. Kirshanblat of Higher State Educational Establishment of Ukraine „Bucovinian State Medical University”. Research interests: effect of heavy metals on the kidneys, the history of medicine. Author of 110 scientific publications including 2 text-books and monographs.

**Боштан Софія** — асистент кафедри фізіології ім. Я. Кіришенблата ВДНЗ України «БДМУ». Коло наукових інтересів: історія медицини, історія фізіології, нейродегенеративні зміни на тлі розвитку цукрового діабету, патофізіологія цукрового діабету. Автор біля 10 наукових статей та публікацій.

**Boshtan Sofia** — assistant of physiology department named after Y. Kirshenblata of Higher State Educational Establishment of Ukraine „Bucovinian State Medical University”. Co-author of 10 scientific articles. Research interests: history of medicine, pathogenic factors influence on the structure and function of the human nervous system and diabetes.

**Бореїко Лілія** — к. мед. н., доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти ВДНЗ України «БДМУ». Коло наукових інтересів: історія медицини, історія медсестринства. Автор біля 90 наукових статей та публікацій.

**Boreiko Lilia** — PhD, Assistant of professor of Nursing and Higher Nursing Education department of Higher State Educational Establishment of Ukraine „Bucovinian State Medical University”. Co-author of 90 scientific articles. Research interests: history of medicine, history of nursing.

Received: 29. 03. 2017

Advance Access Published: April, 2017

© V. Shvets, S. Boshtan, L. Boreiko 2017

<sup>9</sup>Neher E., Sakmann B. "The patch clamp technique", *Sci Am*, 1992, N. 266(3), P. 44-51.

**ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ПРАВА**

**Святослава ЮРНИЮК, Світлана САВКА, Алла ТКАЧ**

ВДНЗ України „Буковинський державний  
медичний університет”, Чернівці (Україна);  
yurmuk.slava@bsmu.edu.ua, savka.svitlana@bsmu.edu.ua  
society@bsmu.edu.ua

**HISTORICAL ASPECTS OF MEDICAL LAW DEVELOPMENT**

**Svyatoslava YURNIYUK, Svitlana SAVKA, Alla TKACH**

Higher State Educational Establishment of Ukraine „Bukovinian State  
Medical University”, Chernivtsi (Ukraine),  
RESEARCHERID D-2956-2017  
ORCID/0000-0002-9201-3268

**Святослава Юрнюк, Светлана Савка, Алла Ткач. Исторические аспекты развития медицинского права.**

Интенсификация развития общественных отношений обуславливает необходимость правового регулирования различных сфер жизни и возникновения новых отраслей права в правовой системе Украины. Наличие самостоятельной отрасли медицинского права наиболее важна как для общества в целом, так и для самих медицинских работников и пациентов. Реалии последних 10-15 лет обусловили возможность и необходимость выделения ее как самостоятельной отрасли права. Этому способствовали и социально-экономические преобразования в нашей стране (касались здравоохранения) и разработки теоретико-правового характера (наличие необходимых атрибутов и возможность существования медицинского права). В статье акцентируется внимание на развитии национальной правовой системы и формирования новой отрасли права Украины - медицинского права.

**Ключевые слова:** медицинское право, общественные отношения, медицинская помощь, отрасль права, здравоохранение.

**Вступ.** За останні десятиліття в Україні відбулися значущі зміни у медичному законодавстві. Нині під час економічних і соціальних змін, що зумовлені переходом від соціалістичного ладу до соціально-регульованої ринкової економіки, спостерігається поява нових видів суспільних відносин, які потребують правового врегулювання та їхнього дослідження. Так, право людини на охорону здоров'я і медичну допомогу репрезентовано в конституційному аспекті. Відповідно перед нашим урядом постає завдання щодо створення окремої комплексної галузі медичного права.

Питання юридичного забезпечення медичної діяльності в Україні набувають особливої актуальності. Безперечно, це пов'язано із розвитком приватної медичної практики, розробкою нормативно-правової бази щодо ведення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, використанням новітніх технологій медичної науки та удосконаленням управлінської діяльності в галузі охорони здоров'я.

**Метою** нашої роботи є аналіз науково-теоретичного обґрунтування розвитку медичного права та запровадження в Україні окремої галузі – медичного права. Медичне право – як галузь науки – пов'язано із дослідженням низки питань юридичного напрямку медичної діяльності. Наукову дисципліну варто визначити як сукупність правових, медичних та інших постулатів, що розкривають основні положення та значення медичного права.

**Основна частина.** Наукове поняття "медичне право" у радянській медичній та юридичній практиці пов'язане із терміном "міжнародне медичне право" і трактується як комплекс завдань, що регулювалися Всесвітньою

медичною асоціацією, з-поміж яких передбачалася й "розробка загальної політики у питаннях міжнародного медичного права". Згодом у 1974 році на 56-й міжнародній конференції в Делі, організованій Міжнародною асоціацією права (ILA) та Інститутом міжнародного права, офіційно визнано міжнародне медичне і гуманітарне право як сукупність норм і принципів, що мають на меті полегшити страждання людей, які викликані діями проти їх здоров'я<sup>1</sup>. У 1974 році в СРСР відбулася науково-практична конференція з медичного права. Розгляд проблемних питань конференції послужив стимулом до проведення наукових досліджень. У 1977 році у Празі на IV Міжнародній медико-правовій конференції вченими-медиками та юристами висунуто пропозицію щодо виділення правових норм, що регламентували питання медицини, охорони здоров'я в самостійну галузь права – медичне право. Міжнародна асоціація медичного права здійснює видавництво науково-практичного журналу "Медичне право".<sup>2</sup>

Наприкінці ХХ ст., коли Україна здобула незалежність, активізувалися наукові дослідження з медичного права зарубіжними та українськими фахівцями, з'явилися монографії, навчально-методична література з цієї галузі. Значно цьому процесу сприяло проголошення у Конституції держави як соціальної і визнання соціальних прав людини й громадянина, з-поміж яких право на медичну допомогу та охорону здоров'я посідає одне із чільних місць.

У працях сучасних учених актуальною є думка про комплексність медичного права як галузі загального права. Зокрема, А. Б. Литовка і П. І. Литовка переконані, що після включення медицини до цивільного обігу спростована

<sup>1</sup>Leyendecker R. S. In tema di diritto internazionale umanitario [In international humanitarian law], Nuova antologia, Firenze, 1999, P. 509-510.

<sup>2</sup>Rukovodstvo po sotsyalnoi hyhyene y orhanyzatsyyi zdravookhraneniya [Management of hygiene in health care organizations], V 2-kh. T. 1, Yu. P. Lysytsyn, E. N. Shyhan, Y. S. Sluchanko y dr., Pod red. Yu. P. Lysytsyna, M. Medytsyna, 1987, P. 27.

думка про медичне право як підгалузь права соціального забезпечення, а, вважають дослідники, медичне право – це комплексна галузь національного права, яка регулює право на охорону здоров'я та інші відносини<sup>3</sup>. На думку С. Г. Стеценко, медичне право – це комплексна галузь права, що об'єднує правові норми, які регулюють суспільні відносини у сфері медичної діяльності<sup>4</sup>. Медичну діяльність автор розглядає як системність; надання медичної допомоги; медичне страхування; виробництво лікувальних засобів та виробів медичного призначення; організація реабілітаційно-відновлюючих заходів тощо.

Отже, медичне право – це система правових норм, що регулюють суспільні відносини (вплив медичних засобів на фізичне та психічне здоров'я людини)<sup>5</sup>.

Визначення медичного права зумовлено практичними потребами, адже кожна людина упродовж життя обов'язково стає суб'єктом відносин щодо отримання медичної допомоги<sup>6</sup>. У такому розумінні медичне право "зустрічає" людину під час її появи на цей світ і супроводжує упродовж усього життя. Тому необхідно не лише удосконалити засоби і методи лікування, діагностування, профілактики, а й створити ефективний юридичний механізм забезпечення права людини на медичну допомогу.

У Конституції України (стаття 49) закріплено право громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Зокрема, право на охорону здоров'я є поняттям широким, оскільки включає право на медичну допомогу і право на медичне страхування. Відповідно, право на медичну допомогу є відносно самостійною ланкою. Необхідно відрізнити права та обов'язки громадян у царині охорони здоров'я й обов'язки держави щодо його забезпечення, а також права пацієнтів під час здійснення медичної допомоги. Наприклад, перша група правових актів, які мають загальний характер (сформульовані у статті 6 Основ законодавства про охорону здоров'я), стосуються усіх сфер життєдіяльності людини. В охороні здоров'я формується цілий комплекс суспільних відносин – медичні, фінансові, управлінські, організаційні. Вони регулюються різними галузями законодавства – конституційними, адміністративними, трудовими, цивільними, господарськими, кримінальними, екологічними й ін. Проте ядром таких відносин є саме медичні, які виникають між пацієнтом і лікарем (медичним (фармацевтичним) працівником) щодо надання медичної допомоги на всіх етапах її здійснення.

Концептуальною основою для розуміння медичного права є виокремлення (з певною умовою) й спеціальне правове регулювання відносин щодо реалізації права людини на медичну допомогу<sup>7</sup>. Однак у прагматичному аспекті тільки такий підхід здатний розмежувати відносини, в основі яких є безпосереднє надання медичної допомоги, від інших складників у сфері охорони здоров'я, і вдосконалити правові норми.

Медичні відносини регулюються Конституцією

України, Основами законодавства України про охорону здоров'я (1992), законами України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" (1994), "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" (12 грудня 1991 року, у редакції Закону від 3 березня 1998 року). "Про донорство крові та її компонентів" (1995), "Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними" (1995), "Про лікарські засоби" (1996), "Про трансплантацію органів і тканин людини" (1999), "Про лікарські засоби" (1996), "Про психіатричну допомогу" (2000), "Про захист населення від інфекційних хвороб" (2000), указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, нормативними наказами Міністерства охорони здоров'я України, інструкціями тощо.

Зокрема, медичне право має низку специфічних ознак.

По-перше, наявність медико-спеціальних норм, пов'язаних з методикою лікування, визначенням ступеня втрати працездатності, проведенням медичних маніпуляцій, оперативних втручань, штучним заплідненням, стерилізацією чоловіків і жінок, констатацією смерті та ін<sup>8</sup>. Такі норми із медичною "забарвленістю" є одночасно і біологічно-технічними, і правовими, оскільки формально обов'язкові для медичних працівників усіх медичних закладів незалежно від форми власності.

По-друге, у структурі медичного права чільне місце посідають норми щодо соціального захисту особи під час застосування медичного впливу на людину, зокрема під час лікування лікарськими засобами, проведення медичного втручання, обмеженнях щодо донорства, встановлення у визначених законом випадках обов'язкових медичних оглядів, вакцинації, примусового лікування тощо<sup>9</sup>.

По-третє, взаємозв'язок медичного права з моральністю, етикою, основами деонтології. Етичні норми виступають нормами (принципами), які забезпечують, наприклад, безоплатність гарантованого мінімуму медичної допомоги, неможливість відмови лікаря у лікуванні (огляді) пацієнта, безоплатності донорства, заборону евтаназії, забезпечення лікарської таємниці.

Медичне право (за своєю суттю) є соціальним правом. Прикладом є трудове право та право соціального захисту. Воно виступає єдиним правовим механізмом, за допомогою якого реалізується право кожної людини в нашій державі на отримання кваліфікованої медичної допомоги<sup>10</sup>. Важливою умовою цього механізму є засади, закріплені в Конституції та законах України права громадян на медичну допомогу та державному гарантуванні здійснення цього права; у наявності та функціонуванні державних і комунальних медичних закладів системи охорони здоров'я; у державному фінансуванні встановленого законом гарантованого мінімуму медико-

<sup>3</sup> Lytovka A. B., Lytovka P. M. Medytsynskoe pravo – kompleksnaia otrasl natsyonalnogo prava Rossyy: stanovlenye, perspektivy razvitiya [Medical law - a complex branch of national law in Russia : Establishment, Development Prospects], Pravovedeniye, Volgograd, 2000.

<sup>4</sup> Stetsenko S.H. Medychne pravo Ukrainy: Pidruchnyk [Medical Law of Ukraine: textbook], K.: Всеукраїнська асоціація видавців, «Правова єдність», 2008, 507 р.

<sup>5</sup> Dshko L. "Pro haluzevu nalezhnist medychnoho prava Ukrainy" [About the sectoral affiliation of health law Ukraine], *Pravo Ukrainy*, 2006, № 1, P. 120-124.

<sup>6</sup> Bolotina N.B. "Perspektivy rozvytku medychnoho prava Ukrainy" [Prospects of development of the medical rights of Ukraine], *Aktualni problemy derzhavy i prava*, 3b. nauk. pr, Vyp. 11, Odessa, Yuryd. lit., 2001, P. 300-304.

<sup>7</sup> Stetsenko S.H., On. cit.

<sup>8</sup> Bolotina N.B. "Medychne pravo v systemi prava Ukrainy" [Medical law in the system of law in Ukraine], *Pravo Ukrainy*, 1999, № 1, P. 116-121.

<sup>9</sup> Stetsenko S.H., On. cit.

<sup>10</sup> Ibid.

-санітарної допомоги; у всеохопності спеціалізованих медичних правил та обов'язковості їх виконання усіма медичними працівниками під час надання медичної допомоги. Водночас правові відносини між пацієнтом і лікарем під час надання медичної допомоги регулюються за допомогою цивільно-правового методу.

Сьогодні є всі підстави стверджувати про функціонування такої галузі права, як медичне право. Використовуючи сукупність методів правового регулювання, медичне право за своїми об'єктивними характеристиками визначається комплексною галуззю права<sup>11</sup>. Враховуючи ту обставину, відповідно до якої поява нових галузей права – це об'єктивний процес, свідченням системності медичного права є:

1) конституційно закріплене право на охорону здоров'я і медичну допомогу; 2) наявність окремих нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я громадян; 3) суспільні відносини, що виникають у сфері медичної діяльності, визначаються і власними нормами, і нормами, що закріплені в інших галузях права (кримінальне, цивільне, адміністративне й ін.); 4) наявність загальних принципів, які властиві медичному праву і характеризують його зміст; 5) гнучка система і структура медичного права, що містить правові підгалузі, інститути і норми; 6) неможливість у рамках чинних галузей права забезпечити повне якісне правове регулювання численних відносин у галузі медицини.

Учений В. К. Райхер, запропонував розгорнуту концепцію комплексних галузей права. Не можна не відзначити і сучасні праці теоретиків-правознавців про виокремлення медичного права. Так, М. Н. Марченко зазначає, що "формується ті галузі медичного права, що безпосередньо звернені до людини і призначені для реалізації конституційних прав громадян"<sup>12</sup>.

Отже, методологічна база низки досліджених праць (матеріалів) спонукає виділити медичне право як комплексну галузь права<sup>13</sup>.

**Висновки.** Медичне право – це комплексна галузь права, що включає сукупність правових норм, які регулюють суспільні відносини у сфері медичної діяльності.

Наявність самостійної галузі права важлива і для суспільства в цілому, і для медичних (фармацевтичних) працівників і пацієнтів.

Медичне право дозволить на більш високому рівні здійснювати розробку принципів (основних засад) державної політики у сфері охорони здоров'я, якісно вивчити питання захисту прав громадян під час надання медичної допомоги, детально визначити правовий статус суб'єктів правовідносин, що виникають у сфері медичної (фармацевтичної) діяльності.

**Svyatoslava Yurnyuk, Svitlana Savka, Alla Tkach. Historical aspects of medical law development.** Intensification of public relations development stipulates the necessity of legal settlement of various spheres of life and emergence of newest branches of law in the Ukrainian legislation system. An independent branch of medical law available is an important thing both for the whole society and medical workers and patients themselves. The reality of the recent 10-15 years has stipulated the possibility and necessity to isolate it as an independent branch of law. It was promoted by social-economic transformations in our state (concerning public health), theoretical-legislative guidelines (essential attributes available and possibility of medical law existence).

In recent decades considerable changes have occurred in medical law in Ukraine. Nowadays during economic and social changes caused by transition from the previous system to socially regulated market economy new kinds of social relations appear requiring legal regulation and their investigation. Thus, the human right for health care and medical aid is guaranteed by the Constitution. Correspondingly, an issue is set in front of our Government to create a separate comprehensive branch of medical law.

The issues of juridical support of medical activity in Ukraine have become of a special topicality. Undoubtedly, it is connected with the development of private medical practice, elaboration of normative-legal bases concerning the introduction of general compulsory state social medical insurance, application of advanced medical scientific technology and improvement of management in public health care.

The article focuses its attention on the development of the national legal system and formation of a new branch of law in Ukraine – medical law. Scientific-theoretical substantiation of the medical law development and introduction of a separate branch – medical law in Ukraine. Medical law is a branch of science associated with investigation of a number of juridical issues in medical work. This scientific subject should be defined as a package of legal, medical and other postulates revealing the main principles and values of medical law.

**Key words:** medical law, public relations, medical aid, a branch of law, health care.

*Святослава Юрнюк – асистент кафедри судової медицини та медичного правознавства Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». Автор та співавтор близько 28 наукових та навчально-методичних праць, з поміж яких 1 інформаційний лист. Наукові інтереси: трудове право, цивільне право і процес.*

*Svyatoslava Yurnyuk – Assistant Professor of Department of Forensic Medicine and Medical Law of Higher State Educational Establishment of Ukraine „Bukovinian State Medical University”. Is an author and coauthor of about 28 scientific and educational works, including 1 information letter. Her research interests include: employment law, civil law and process.*

*Ткач Алла – кандидат філологічних наук, доцент кафедри суспільних наук та українознавства Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». Автор та співавтор близько 100 наукових та навчально-методичних праць, з поміж яких 3 монографії та 5 посібників. Наукові інтереси: сучасна українська медична термінологія; методика викладання української мови як фахової у вищій школі.*

*Tkach Alla – Candidate of Philological Sciences, Associate Professor of department of Social Sciences and Ukrainian Studies of Higher State Educational Establishment of Ukraine „Bukovinian State Medical University”. She is an author and coauthor of about 100 scientific and educational works, including 3 monographs and 5 manuals. Her research interests include contemporary Ukrainian medical terminology; methods of teaching Ukrainian Language as a professional in high school.*

*Савка Світлана – асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». Автор та співавтор близько 26 наукових та навчально-методичних праць. Наукові інтереси: психіатрія, психотерапія.*

*Savka Svitlana – assistant of the department of neurology, psychiatry and medical psychology named after S.M.Savenko of Higher education institution in Ukraine "Bukovinian State Medical University". Author and co-author of 26 scientific and educational works. Fields of research: psychiatry, psychotherapy.*

**Received:** 18. 01. 2017

**Advance Access Published:** April, 2017

© S. Yurnyuk, S. Savka, A. Tkach, 2017

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Stetsenko S.H. Medychne pravo Ukrainy: Pidruchnyk [Ukraine Medical Law: textbook], 507 p.

<sup>13</sup> Obshchaia teoriya gosudarstva u prava: akademichesky kurs v 3-4 t. [General Theory of State and Law], Izd. 2-e, per. y dop., Otv. red. prof. M. N. Marchenko, Moskva, Zertsalo-M, 2001.



**КОРОТКИЙ ІСТОРИЧНИЙ НАРИС ПРО СВЯТОГО  
ЛІКАРЯ ДУШ І ТІЛ ЄПІСКОПА-ХІРУРГА****В. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО****Володимир БЕНДАС,**ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,  
Чернівці (Україна)  
brada200@mail.ru,**SHORT HISTORICAL ESSAY ABOUT SAINT, DOCTOR OF  
BODY AND SOUL, BISHOP AND SURGEON****V. VOYNO-YASENETSKY****Volodymyr BENDAS,**Higher State Educational Establishment of Ukraine  
«Bucovinian State Medical University»,  
Cernivtsi (Ukraine),  
ORCID: 0000-0003-4482-9876  
RESEARCHER ID: B-5881-2017

**Бендас Владимир. Краткий исторический очерк о святом лекаре душ и тел епископе-хирурге В. Войно-Ясенецком.** В статье представлены материалы о известном хирурге В.Ф. Войно-Ясенецком, профессоре, докторе медицинских наук, лауреате Сталинской премии, одновременно политзаключенного (11 лет тюрем и ссылок), священнослужителя, епископа Крымского и Симферопольского, прилученного Украинской православной церковью Московского патриархата до лика Святых. Большое внимание обращено на медицинскую деятельность как врача и духовную деятельность как священнослужителя. Сделан краткий историко-библиографический экскурс по дороге жизни епископа Луки.

**Ключевые слова:** епископ Лука, хирург, медицинская деятельность, духовность, церковь, честность, порядочность.

**Вступ.** «Ви – світло світу» (Мт. 5,14), промовив господь до своїх учнів. Мир душі і щирість серця ведуть людину на дорогу світла. Невичерпним є доброта і творіння, на відміну від зла і бездіяльності. Тільки життя в любові дарує нам щастя і робить щасливими інших. Тоді виникає прагнення зробити, допомогти, врятувати. Іменно таких життєвих принципів дотримувався Валентин Феліксівич Войно-Ясенецький. Енциклопедична замітка про його біографію виглядає приблизно такою:

Народився В.Ф. Войно-Ясенецький 27 квітня 1877 р. в м. Керчі в сім'ї провізора. тато був католиком, мама православною. Кінець 80-х років сім'я переїжджає до Києва. В 1896 році – закінчив Київське художнє училище і гімназію на «відмінно». В 1903 році закінчив медичний факультет Київського університету також на «відмінно». 30 березня 1904 року під час російсько-японської війни за власним бажанням відправився з госпіталем Київського Червоного Хреста на Забайкаллі, де успішно оперував. Тут, у Читі він познайомився з сестрою милосердя Анною Ланскою й одружився. 1905-1917 рр. – працював земським лікарем в підмосков'ї, одночасно проходив практику в московських клініках. 1908 рік – переїхав до Москви, і в 1909 році вступає до клініки знаменитого вченого засновника журналу «Хирургия» Петра Івановича Дяконова і з його схвалення починає працювати над докторською дисертацією «Регіонарна анестезія». 1916 рік – захистив докторську дисертацію. В жовтні 1919 року помирає дружина, залишивши чотирьох дітей. 1920 рік – хірурга Валентина обрано професором топографічної анатомії та оперативної хірургії Ташкентського університету. 1921 рік – у день Стрітіння Господнього рукоположений на диякона, а через два тижні – на священника і призначений

молодшим священником Ташкентського кафедрального собору. В травні 1923 року – о. Валентин прийняв монашество з іменем Луки. 12 травня 1923 року таємно висвятився на єпископа Ташкентського та Туркестанського, а вже через місяць єп. Лука був заарештований. Тут у Ташкентській тюрмі владика закінчив свою знамениту працю «Нариси з гнійної хірургії». З Ташкента єпископа етапом відправили до Московського ГПУ, а після на заслання в Сибір. На початку 1924 року – владика Лука зробив вдалу пересадку нирки помираючій людині, хоч офіційно вважається, що першу таку операцію провів у 1924 році доктор І.І. Воронов, який зробив пересадку нирки свині хворій жінці. В березні 1924 Войно-Ясенецького вдруге заарештували, а вже з січня 1925 по вересень 1927 року – єпископ Лука знову на Ташкентській і Туркестанській кафедрі. З листопада 1927 по травень 1930 року – проживав у Красноярському краї, потім у м. Красноярськ, де служив у місцевому храмі та працював лікарем у міській лікарні. 6 травня 1930 року був втретє заарештований і відправлений до м. Архангельська на три роки. В 1934 році виходить в світ його книга «Нариси з гнійної хірургії». А 13 грудня 1937 року – четвертий арешт і чергове заслання в Сибір, де пробув чотири роки. На початку війни в вересні 1941 року – призначений керівником Красноярського евакогоспіталю. В 1943 р. – учасник собору, на якому митрополита Сергія було обрано патріархом Московським та всієї Русі. Кінець 1943 р. переїхав до м. Тамбова, де в 1944 р. був призначений архієпископом Тамбовським і Мічуринським, під його опікою було 150 госпіталів. 1945-1947 рр. – праця над великим богословським твором «Дух, душа, тіло». В лютому 1945 р. – архієпископ Лука став лауреатом Сталінської премії I ступеня і нагоро-

джений медаллю за «Доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945гг.». 3 травня 1946 по 11 червня 1961 року – архієпископ Сімферопольський і Кримський. 11 червня 1961 року архієпископ Лука помер. Його останки містяться в кафедральному Свято-Троїцькому соборі Сімферополя. В 1995 р. – за визначенням Синоду УПЦ МП архієпископ Сімферопольський і Кримський Лука прилучений до лику святих<sup>1</sup>.

**Історіографія.** Дане питання неодноразово висвітлювалося в різноманітних засобах масової інформації. Про нелегкий пастирський шлях В.Ф. Войно-Ясенецького писали: В. Глушченков в книзі «Святитель Лука – взгляд в будущее» (2001 р., рос. мовою); В. Марущак в трактаті «Святитель – хирург, Житие архієпископа Войно-Ясенецького» (2015 р.); О. Бобров в книзі «Антология интриг и предательства в медицине» (2009 р., рос. мовою). Про медичну діяльність вченого містяться дані у таких наукових публікаціях: Н.Н. Блохіна, А.Н. Колягіна «Врачеватель тела, души и духа» («Сибирский медицинский журнал», 1997, № 1-2, Т.9), де описана його роль як спеціаліста в області гнійної хірургії, анатомії, в питаннях регіонарної анестезії; В.П. Котельников «В.Ф. Войно-Ясенецкий – выдающийся хирург нашего времени» («Клиническая медицина», 1987 р.), де описується вклад вченого не лише в області загальної хірургії, але й нейрохірургії, онкології, ортопедії і стоматології, офтальмології і оториноларингології, гінекології й урології<sup>2</sup>.

**Основна частина.** Дуже важливо знайти себе у цьому світі, вміти розкрити і реалізувати свої можливості, то є дар Богом даний. Тож і не змарнував істинного вчений-хірург Валентин Войно-Ясенецький, а згодом і архієпископ Лука. Вся його сутність полягала у працьовитості, ширості і простоті. Глибіню знань, написаних і здійснених в галузі медицини, мали на той час величезний успіх у світі, тай безперечно, мають своє продовження. Слід засвідчити, що Войно-Ясенецький постає перед нами як знаменитість, рятуючи людей молитвою і скальпелем. Щиро молився, вірив і надіявся. Ось у чому і справжнє зерно, а потім і плоди. Проходячи тернистий шлях він перемагав зло добром. Зрозуміло й те, що архієпископ та великий вчений хірург жив і творив і у грізний час духовного занепаду. Та сила всевишнього вела його по дорозі правди. Будучи вже професором топографічної анатомії й оперативної хірургії, він через силу Святого Духа стає пастерем душ. Все його життя було свідченням божого світла, яке день у день усе більше і яскравіше світило людям. Про нього забороняли говорити і писати. Але хіба можна заборонити сотням і тисячам тих, які одужали, розповідали про свого рятівника, друзям, близьким чи знайомим? Так ім'я великого хірурга, особливо у повоєнні роки, скоро стало відомим далеко за межами України. До нього на лікування старалися потрапити люди з безнадійністю в своє одужання, а він їх рятував, часто повторюючи, що це Господь вас врятував, а він лише щиро з вірою молився, просив і надіявся на божу поміч.

На людину яка щиро вірила у Бога, вірні комуністичної ідеології лікарі, часто писали різні доноси і скарги

на свого вчителя в органи радянської влади. Йому забороняли ходити в рясі не тільки по місту, а тим більше появлятися на лекціях перед студентами. Проте великий хірург категорично відмовлявся виконувати такі накази.

Звичайно, архієпископа Луку Войно-Ясенецького терпіли через те, що він був неперевершеним хірургом. Він був цілковито відданий церкві, приносив жертвенність і ревно служив Христу та народові.

Медична діяльність архієпископа Кримського Луки була обмежена з відомої причини, хоч владика дуже прагнув передавати свій великий досвід. Тільки через півтора місяця після прибуття до Сімферополя у 1946 році на неодноразові звернення і прохання професору Валентинові Войно-Ясенецькому було дозволено медичну діяльність і він став консультантом у госпіталі інвалідів другої світової війни. До кінця 1947 року Войно-Ясенецький як вчений хірург і професор читав доповіді, лекції та оперував хворих і поранених. Часто відвідував хірургічні товариства, куди приходили цивільні і військові лікарі, уважно слухав їхні доповіді, виступи, обов'язково вносив необхідні поправки. І тут не обходилося без казусів. Якось один воєнний хірург запитав владика: «Як Ви такий спеціаліст, хірург, можете вірити в того, котрого ніхто ніколи не бачив, у Бога?. Професор відповів: «Ви вірите в любов? – «Так». – «Ви вірите в розум?» – «Так». – «А Ви бачили розум?» – «Ні». – «Ось так і я не бачив Бога, але вірю, що він є».

Та не все було так легко і просто. Найбільше дратував медиків сам вигляд професора в рясі з панагією, а завжди спокійний і впевнений вигляд обличчя просто виводив із себе. На нього постійно скаржилися і писали доноси у вищі інстанції. Йому пропонували читати лекції у світському одязі, але він категорично відмовлявся. В результаті його доповіді зривали, і було відмовлено в читанні лекцій лікарям і студентам Кримського медичного університету. А найбільше приклався до цього професор П.П. Царенко, який ще у 20-х роках намагався вигнати «попа» з аудиторії навчального медичного закладу в м. Ташкенті. Цього разу, але вже у Сімферополі, йому це вдалося. На запитання студентів с приводу свого архієрейського служіння Войно-Ясенецький сказав, що не потрібно заперечувати про те чого не розумієш, судити про існування релігії тільки із джерел антирелігійної пропаганди. А хто не читав в святого писання вряд чи може стверджувати про існування спасителя душ наших. Наш великий фізіолог Павлов, академік В.П. Філатов, Коперник, Луї Пастер вміли поєднувати наукову діяльність з глибокою вірою в бога<sup>3</sup>.

Та не міг лікар від Бога відмовитись від лікарської практики. Тому невдовзі на дверях його кабінету висіло оголошення, в якому повідомлялося що господар цієї квартири, професор медицини, веде безплатний прийом кожного дня, крім неділі і свят. Так і було. Кожного прийомного дня біля помешкання архієпископа Луки можна було побачити багато людей. Якби велись записи людей, яким владика допоміг, без сумніву, була б велика книга оздоровлень і чудесних зцілень. Та все це робив владика всім, хто до нього звертався, заради слави Божої<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Polyakov V.A. Biografichni shkitky [The biographical short stories], URL: Luka.rpcb.ru.svt-Luka-Vojno-Jaseneskij.

<sup>2</sup> Marushchak Vasilij Svyatitel' – khirurg: Zhitiye arkhiyepiskopa Luki (Voyno-Yasenetskogo) [The Sainted Surgeon: The Life of Archbishop Luke (Voyno-Yasenetsky)], Moskva, Danilovskiy blagovestnik, 2006.

<sup>3</sup> Mikhailova (Posashko) V. "Svyatitel Luka (Voyno - Yasenetsky) – Professor, Doctor, Archbishop V. Mikhailova (Posashko)", *Foma*, 2011, N. 7 (99).

<sup>4</sup> Polyakov V.A. "Valentin Feliksovich Voyno-Yasenets'kiy (do 80-richchya z dnya narodzhennya)" [Valentin Feliksovich Voyno-Yasenetsky (until the 80th day of the People's Day)], *Hirurgiya*, 1957, N. 8, P. 127-135.

Ось декілька чудесних і дивних історій. У підполковника, учасника Другої світової війни в 1947 році в сім'ї сталося велике горе. Його чотирирічний син, граючись, зламав собі в зап'ясті руку. Лікарі наклали гіпс, але після його зняття виявилось що кістки зрослись неправильно. Медики щоби справити викривлення, збиралися знову зламати руку, але перелякані батьки звернулися до архієпископа Луки. Він, уважно оглянувши хлопчика, сказав: «Ламати не треба. Хлопчик росте, і кістки його ростуть, усе розсмокчеться і кісточки вирівнюються, а Господь допоможе». Так і сталося. Лікар, відмовився від винагороди, сказавши, щоби вони пожертвували скільки зможуть на церкву і на бідних<sup>5</sup>.

Одного разу владика помітив чоловіка з немовлятом на руках. Сумні очі батька без слів говорили про велику біду. Святитель підійшов і сам заговорив до нього. Це був актор, дружина якого ошпарила обидві ноги кип'ятком. Її відразу госпіталізували. Актор звати якого Юрій Демидов якраз повертався з лікарні, куди тричі на день возив до мами годувати маленьку донечку. Владико уважно вислухав розповідь і сказав: «Я був на обході і пам'ятаю цю хвору. Що ж Господь милостивий, молисья. А я, з Божою допомогою, чим зможу допоможу». Наступного дня відбувся консилиум усіх чотирьох хірургів, і всі, зважаючи на вкрай важке становище хворої, одностайно прийняли рішення ампутувати дві ноги. Але професор Войно-Ясенецький наполягав на консервативному лікуванні. Колеги хірурги здивувалися. – Лікувати?! Професоре, але ситуація безвихідна, відбувається розпад тканин, ви ж бачили. В будь-який момент може початися зараження. Професор настояв на своєму – будемо лікувати гноем, її же гноем. І з сумнівом, стискаючи плечима, хитали головами лікарі, але сперечатися з автором «Нарисів з гнійної хірургії» ніхто не наважився<sup>6</sup>.

Інколи Сімферопольські військові лікарі просили професора Войно-Ясенецького прочитати курс лекцій з гнійної хірургії і консультивати лікарів їхнього госпіталю. Також неодноразово доводило архієпископу братись і за скальпель. Коли до Сімферополя привезли з гнійним процесом у тазових кістках секретаря Керченського міському партії і всі лікарі одностайно визнали його стан критично важким і майже безнадійним, але головний лікар попросив, щоби оперував сам професор Войно-Ясенецький. Важку операцію спостерігали всі лікарі госпіталю. Ще до першого розтину професор показав усі точки нагноєння, що потім і підтвердились. Операція завершилась блискуче, і медики отримали чудовий урок лікарської майстерності<sup>7</sup>. Не всі, хто одужав, відкрито свідчили про свого рятівника через свою належність до Компартії чи з огляду на високу посаду, боячись її втратити.

Проте сотні і тисячі людей запам'ятали Войно-Ясенецького не лише як великого хірурга, а й як великого, доброго, милосердного Божого Пастиря – людини святої, людини високої жертвовної любові, яка рятувала для вічності не тільки душі але й тіло.

**Висновки.** Таким чином, святий епікоп-хірург оживляв хворих не тільки фізично але й духовно. Не зважаючи на високий професіоналізм в медичній діяльності, архієрейська не менш важлива. Знайомство

зі життєписом святого Луки Кримського, котрий був чудовим художником, висококваліфікованим лікарем, блискучим педагогом, прекрасним священником, який щоразу безкомпромісно відстоював своє право бути людиною, для якого християнство було не політичною програмою, а способом життя, може напоумити багатьох у тому, що із вчення Ісуса Христа не має жодного права брати тільки те, що нам підходить в тій чи іншій життєвій ситуації. Бо «хто не зі мною, той проти Мене». Якраз у глибокому розумінні суті християнства прихована «таємниця» виняткової порядності та чесності В.Ф. Войно-Ясенецького на всіх етапах його страдницького життя.

**Bendas Volodymyr. Short historical essay about Voyno-Yasenetsky the Saint, doctor of body and soul, bishop and surgeon.** The article presents the results of the well-known surgeon V.F. Voyno-Yasenetsky, Professor, Doctor of Medical Sciences, the winner of the Stalin Prize, at the same time a political prisoner (11 years of prison and exile), clergyman, and bishop of Simferopol and the Crimea, who was recognized by Ukrainian Orthodox Church of the Moscow Patriarchate to the faces of the Saints. Much attention is paid to his medical activity and spiritual activities as a priest. A brief historical-bibliographical excursus of life of Bishop Luke is given.

The life of the famous surgeon, professor Valentin Felixovich Voyno-Yasenetsky and his path of service to God and people are full of troubles and suffer. For faith and unbelief the authorities tried to crush him, to destroy, to rot in jails and exile, but Luke did not withdraw his beliefs. Conversely, the worse were suffered, the stronger grew his faith, and in spite of everything tempered his indomitable will. Having all this communist hell, Archbishop Luke remained true confession of the truth, and no matter where he was - in a dungeon, at the department near operating table - he was the bearer of faith. Soviet authorities tried to destroy his religious views, but they were bowing to his outstanding medical skills. It just so happened that the spiritual path of Voyno-Yasenetsky was rated higher than the way a surgeon, physician-healer.

St. Luke is one link in the long chain that has its roots from apostolic times. He loved Christ and the people. He served to the image of God – human, and especially to the suffering, served with incredible love and dedication. St. Luke considered that treatment of patients is the greatest thing, which is an imitation of God himself. St. Luke Crimean became a legend of the XX century, combining seemingly contradictory things: higher education of legendary surgeon and deep faith of the Orthodox bishop. White coat and a black robe were with him until the end of days. He could refuse money, comfort and fame. But he could never step back from his way. Dozens of titles of scientific papers and books, 11 volumes of religious works are left by Bishop.

**Key words:** Bishop Luke, surgeon, medical activity, soul, church, teacher, integrity, honesty.

**Бендас Володимир** – асистент кафедри мікробіології та вірусології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», автор біля 5 наукових статей і публікацій. Коло наукових інтересів: історія військової медицини, вивчення мікробіоценозу різних біотопів людського організму.

**Bendas Volodymyr** - assistant professor of department of microbiology and virology of Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University." Author of around 5 scientific articles and publications. Research interests: history of military medicine, study of microbiota of different biotopes of the human body, organization.

Received: 24. 03. 2017

Advance Access Published: April, 2017

© V. Bendas, 2017

<sup>5</sup> Velika Medichna Encyclopedia [the Great Medical Encyclopedia], 2 nd visavnitsvto, 1959, T. 5.

<sup>6</sup> Kassirskiy I. A. "Vospominaniya o professore V.F. Voyno-Yasenetskom" [Memories of Professor V. F. Voyno-Yasenetsky], *Nauka i zhizn'*, 1989, N. 5, P. 76-89.

<sup>7</sup> Popov A.P. Syuzhety iz zhizni svyatitelya Luki [Plots from the life of St. Luke], URL : ([http://apostolluka.prihod.ru/stati\\_i\\_doklady/view/id/1162833](http://apostolluka.prihod.ru/stati_i_doklady/view/id/1162833)).

**РОЗВИТОК ТЕОРІЇ ЗДОРОВ'Я – ОСНОВА  
ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я****Володимир ТАРАЛЛО,**ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,  
Чернівці (Україна)**DEVELOPMENT OF THEORY OF HEALTH  
IS BASIS OF DECISION OF PROBLEMS OF HEALTH PROTECTION****Volodymyr TARALLO,**Higher State Educational Establishment  
of Ukraine «Bukovinian State Medical University»,  
Chernivtsi (Ukraine)

**Таралло Владимир. Развитие теории здоровья – основа решения проблем здравоохранения.** Представлен системный аспект понятия «здоровье». Приводятся общее (родовое) определение и дефиниция аспектных понятий: «здоровье индивида», «здоровье семьи» и «здоровье населения». Последние позволяют обозначить их индивидуальные, уникальные особенности. Конструктивность определений создала возможность выхода на измерение параметров состояний объектов. Представлены следующие интегрально-композиционные показатели: жизненный ресурс популяции, качество его использования, напряженность образа жизни, генетическая жизнестойкость популяции, потенциал и скорость адаптации ее в среде проживания, генетические риски выживания поколения. Они названы прямыми «собственными» показателями здоровья населения. Одновременно были получены измерения качества среды обитания населения, потенциала среды в стабилизации устойчивого функционирования людей в ней, страховые риски проживания в регионе.

**Ключевые слова:** системный анализ, интегральные показатели, здоровье населения, качество среды существования, управление здоровьем и здравоохранением.

**Проблемна ситуація.** Існуючі в даний час у різних країнах системи охорони здоров'я мають відношення як до здоров'я індивіда, так і до здоров'я населення в його широкому розумінні. Однак, відсутність фіксації спільних і відмінних характеристик взаємодії цих об'єктів контролю в межах діяльності відомчої системи охорони здоров'я та інших соціальних структур, пов'язаних з охороною здоров'я людей, не дозволяють вийти на прямі вимірювачі їх здоров'я, хоча всі усвідомлюють, що тільки ці характеристики і їх правильна оцінка допускають можливість створення адекватної до структури населення і релевантну його дійсному стану систему охорони, допомоги і розвитку.

**Проблема.** Складний і міждисциплінарний характер проблемної ситуації зумовлює необхідність пошуку такого визначення «здоров'я», дефініція якого задовольняла б різним спостережуваним умовам існування об'єкта, допускаючи і визначаючи можливість їх чіткої фіксації. Крім того, конструктив визначення повинен виводити на прямі вимірювачі цієї важливої якісної характери-

стики стану об'єкта захисту. Синтез цих двох умов і є найважливішою проблемою теоретичної і практичної медицини.

**Історіографія проблеми.** Пошукам поняття «здоров'я» були присвячені дослідження багатьох науковців-філософів, медиків, біологів, фізиків тощо, зокрема Б. Н. Ільїна, В. А. Фролова, О. М. Голяченко, Г. Сельє, I. D. Richmon, П. К. Анохіна<sup>1</sup>.

Найближче підійшли до визначення провідних системних властивостей цього поняття П. Тейяр де Шарден, Ж. Піаже, С. Б. Кримський, Т. Котарбінський, М. А. Розов, Т. Дж. Йех<sup>2</sup>, але однобічність їх підходів стала перепорою виходу на родові та аспектне поняття «здоров'я», усвідомлення їх структуризації за об'єктами та їх властивостях.

Пошуку інтегральних показників здоров'я у математично-статистичному аналізі були присвячені за останні 200 років чисельні роботи, зокрема дослідження В. Compertz, W.M. Makeham, J.-F. Nys, В.П. Войтенко<sup>3</sup>,

<sup>1</sup> Іл'їн В. Н. «О понятии «zdorov'ye» cheloveka» [On the concept of "health" rights], *Vesnik AMN SSSR*, 1988, №4, P. 15-18; Frolov V.A. *Zdorov'ye [Health]*, BSE, Moskva, 1972, T. 9, P. 1313-1314; Holyachenko O.M. *Sotsial'na medytsyna ta orhanizatsiya okhorony zdorov'ya [Social Medicine and Health Organization]*, Kyiv, PP Vihay, 1993, CH. I, P. 29-30, 49, CH. II, P. 37-43; Sel'ye G. *Ocherki ob adaptatsionnom syndrome [Essays on the Adaptive Syndrome]*, Per. s angl. G. Sel'ye, Moskva, Medgiz, 1960, 217 p.; Richmond I.B. *Currents in American medicine: A developmental view of medical care and abdication*, Cambridge, Mass, 1970, P. 95; Anokhin P. K. «Teoriya funktsional'noy sistemy» [Theory of a functional system], *Obshchiye voprosy fiziologicheskikh mekhanizmov*, Moskva, Nauka, 1970, P. 6-43.

<sup>2</sup> Teyyar de Sharden P. *Fenomen cheloveka [The phenomenon of man]*, Per. s frants. P. Teyyar de Sharden, Moskva, Progress, 1965, 288 p.; Fleyvell Dzhon K. *Geneticheskaya psikhologiya Zhana Piaze [Genetic Psychology of Jean Piaget]*, Per. s angl. K.H. Fleyve II Dzhon, Moskva, Prosveshcheniye, 1967, 623 p.; Krymskiy S.B. «O ponyatiyakh «sistema» i «struktura»» [The concepts of system and structure], *Tselosnost' i biologiya: Materialy simpoziuma*, Kiyev, Naukova dumka, 1968, P. 49-60; Kotarbinskiy T. *Traktat o khoroshey rabote [Treatise on Good Work]*, Moskva, Ekonomika, 1975, 112 p.; Rozov M. A. *Problema Empiricheskogo Analiza Nauchnykh znaniy [The Problem of the Empirical Analysis of Scientific Knowledge]*, Novosibirsk, Nauka, 1977, 126 p.; Yyekh Tomas Dzh. *Ob aksiome vybora. Spravochnaya kniga po matematicheskoy logike: Teoriya mnozhestv [About axiomed selection]*, Moskva, Nauka, 1982, CH. II, P. 35-63.

<sup>3</sup> Gompertz B. «On the Nature of the Function of the Law of Humen Mortality and on New Mode of Determining the Value Life Contige-

але, за недосконалості методологічних і методичних підходів до розв'язання чинної проблеми їх розробки мали обмежену значимість: в практику охорони здоров'я жодна з їх розробок не увійшла, вони навіть не висували таку мету у власних дослідженнях.

**Вимоги до виконання.** Системність об'єктів, що їх вивчають у медицині, людини або населення, вимагає для отримання генетичної характеристики стану їх функціонування (у т. ч. здоров'я); всі проявлені форми їх життєдіяльності слід описувати в цілісному, системному або, що те ж саме, в композиційному вигляді, тобто опис об'єкта і його функціонування має ґрунтуватися на врахуванні базових властивостей системи. Тільки такий підхід дозволить вийти на загальні та індивідуальні характеристики об'єкта і надасть можливість фіксації його стану, як вирішення поставленої проблеми.

**Форма реалізації рішення.** З урахуванням вимог, рішення повинно складатися з пошуку структурних відповідностей накопичених знань у властивостях системи з накопиченими медициною знаннями про людину, населення або, іншими словами, в практичному використанні прикладного системного аналізу.

**Рішення проблеми** полягає в реалізації технології аспектного опису та аналізу спеціальних знань про системний об'єкт за схемою: <морфологія, функціонування, організація>, де дужки фіксують узгоджену єдність усіх базових характеристик розглядуваного об'єкта.

**Схема вирішення проблеми** складається з 3-х етапів: формулювання за представленими принципами шуканого визначення «здоров'я», яке здатне «працювати» в різних середовищах існування об'єкта; вибір на тому ж ґрунті технології «роботи» цього визначення, що дозволяє вийти на шукані показники, і «робота» цих показників в системі практичної охорони здоров'я.

**Стратегія побудови рішення** завжди повинна бути орієнтована на споживача показників з урахуванням його місця і ролі в системі охорони здоров'я населення.

#### Реалізація рішення.

**I. Визначення «здоров'я».** В межах розробленої теорії про систему і структуру накопичених знань про людину і населення узагальнюючим (родовим) визначенням «здоров'я» може бути наступне:

«Здоров'я – інваріант стану організації цілеспрямовано функціонуючого об'єкта, що відображає єдність його морфологічних, функціональних та генетичних аспектів, а також здатність вирішувати виникаючі перед ним проблеми».

Це визначення при узгодженні понять повністю відповідає ВОЗівській дефініції здоров'я. Але, в той же час, воно принципово відрізняється від нього про силу своєї конструктивності.

По-перше, це поняття за своєю формальною структурою спільне для всіх системних об'єктів і, в тому числі, для всіх природних та соціально-похідних об'єктів, де триває життєдіяльність людини. Воно визначає стан об'єкта, як статусну характеристику його (роль і місце) в системному середовищі, а також якість умов взаємодії з урахуванням власних внутрішніх характеристик, які забезпечують цю взаємодію (прояви: морфологічний і функціональний аспекти).

Фіксація спостерігачем напередодні або впродовж

досліджень конкретних особливостей об'єкта визначає його індивідуальність та унікальність. Так, при розгляді навколишнього середовища (природного чи соціального) або способу життя окремої людини, або групи людей, як самостійних системних об'єктів, кожен з них має власні проявлені і спостережувані стани «здоров'я». Аналогічно і будь-який соціально-виробничий об'єкт, що включає людину (охорона здоров'я, лікарня чи будь-який з її підрозділів), при оцінці стану з позиції цілісності об'єктів, має власну спостережувану якість своєї організації, своє «здоров'я» – під ними традиційно розуміють якість реалізованих послуг. Іншими словами, поняття «здоров'я» у транскрипції «стан» – є результатом неподільної, узгодженої внутрішньої єдності морфології системного об'єкта, його функціонування (діяльності) і реалізованої еволюційної (внаслідок цієї невід'ємної єдності) спостережуваної якості організації об'єкта. Така дефініція поняття «здоров'я» виводить його в ранг видових характеристик досліджуваних об'єктів, тим самим підкреслюючи спільність формальної структури запису визначення «здоров'я» для будь-якого з них. Виходячи з цього, аспектні (часткові) визначення «здоров'я» (для індивіда, сім'ї або популяції) будуть мати наступний вигляд:

**Здоров'я індивіда** – інваріант стану організації цілеспрямовано функціонуючої особистості, який відображає єдність її морфологічних, функціональних та генетичних аспектів, а також здатність вирішувати виникаючі перед нею проблеми.

**Здоров'я родини** – інваріант стану організації цілеспрямовано функціонуючої стійкою репродуктивної групи людей (сім'ї), що відображає єдність її морфологічних, функціональних та генетичних аспектів, а також здатність вирішувати проблеми відтворення і виховання нащадків, збереження сім'ї та інші проблеми соціальної комунікації, що виникають перед нею.

**Здоров'я населення (популяції)** – інваріант стану організації групи людей з чітко позначеним способом життя, який репрезентує єдність її структурованих морфологічного, функціонального та соціально-генетичного аспектів, а також здатність вирішувати виникаючі перед нею проблеми соціальної комунікації.

У даних визначеннях зафіксована не тільки формально-видова характеристика станів об'єкта. Внесення у визначення терміна «інваріант» відображає індивідуальність та унікальність, а також і якість спостережуваного стану кожного з наведених об'єктів. Інваріант констатує, що стан здоров'я (як інформаційний продукт) на всіх стадіях життєвого циклу об'єкта є результатом генезису (невід'ємного розвитку і зв'язку) індивідуальних морфологічних і функціональних характеристик, наслідком програмованого «вирощування» (генезис, розвиток) цього продукту з урахуванням інваріантності будови об'єкта (морфології) і його зв'язків (функціонування) в тому чи іншому середовищі існування.

**II. Здоров'я як код управління його охороною і технології діяльності системи організації його захисту.** Поглиблений розгляд складових характеристик визначення «здоров'я» дозволяє вийти на загальносоціальний спектр цілей і умов удосконалення роботи системи управління охороною здоров'я.

ncies”, *Philosophical Transactions of the Royal Society*, London, 1825, N. 115, P. 513-585; Makeham W.M. “On the Law on Mortality”, *Journal of Insitute of Actuaries*, London, 1867, N. 13, P. 325-358; Nys J.-F. La Santé: Consommation Investissement [Health: Consumption Investment], Paris, 1981, 236 p.; Voytenko V.P. Faktory Smertnosti i prodolzhitel'nosti zhizni [Factors of Mortality and Lifetime], Kiev, Zdorov'ya, 1987, 148 p.

Людина або населення в середовищі їх проживання може розглядатися як об'єкт, як якість (стан), а також як статус (з відповідним функціональним ім'ям).

Статус належить трактувати як змінну характеристику, яка окреслює певну соціально-функціональнісособливості об'єкта, що виводить на фіксацію чинного аспекту його здоров'я в системі «людина (населення) – навколишнє середовище». У сучасних наукових дослідженнях статус і його зміни фіксують на основі використання методів статистики і, зокрема, як правило, кореляційно-регресійного аналізу. За таким традиційним підходом людина (населення) в суспільстві і людина (населення), як цілісність, постають тим самим (однаковим) внаслідок того, що дослідник індуктивно узагальнює в інтегральному вимірі помічені ним статусні характеристики. Такий шлях – шлях індуктивного агрегування чинників за допомогою статистики – характерний для більшості міждисциплінарних досліджень.

Однак слід зазначити, що у наведеному підході невірно визначено об'єкт: зводячи сукупність людей до поняття «населення», аналіз результатів і одержання висновків проводиться на основі характеристик «середнього індивіда». Тобто, підставляючи термін «система», дослідники використовують методологічний підхід до «сукупності».

Визначення здоров'я як «інваріанта стану» створює зовсім інший, не пов'язаний з наведеним підхід у дослідженнях. Інваріант – це ядро, незмінна характеристика об'єкта як системи, де окремі властивості об'єкта подаються як різні аспекти інваріанта його стану за різними якісними характеристиками функціонування об'єкта. З цієї точки зору, інваріант постає як системна основа, шаблон, створений самим дослідником на основі відповідного аспекту розгляду об'єкта. З позиції узагальнюючого дослідження це може розглядатися як позитивна характеристика інваріанта, але, з іншої точки зору (обмеження зв'язків об'єкта і відповідного аналізу), це належить розглядати як обмеження позитивності інваріанта.

Використання позитивної характеристики інваріанта надає можливість, розуміючи цілісність інваріанта загалом і його частин, принципово на будь-якому щаблі ієрархічного розподілу місць «проживання» об'єкта визначати його стан, статус і відповідні властивості, наприклад, розглядати систему охорони здоров'я з позиції голови адміністрації регіону, керівника медичного закладу, дільничного лікаря або пацієнта. У кожному з цих випадків базові властивості об'єкта відображаються у від'ємних за ієрархією функціях і, відповідно, розподілах обов'язків і прийнятті рішень. У такому підході система управління захистом об'єкта, за визначенням інваріанта його стану (у нас – здоров'я), автоматично чіпляється за об'єкт.

Тоді, виходячи з ідеології системного аналізу, мета управління охороною здоров'я визначається як об'єднання «потоків захисту здоров'я» на всіх щаблях її ієрархії. Рішення цієї організаційно-технологічної проблеми – рішення в цілому проблеми управління охороною здоров'я, яке не буде залежне від можливих змін характеру об'єкта, умов діяльності системи охорони його здоров'я або стану навколишнього середовища, що впливають на нього.

У такій системі людина і стан його здоров'я постають сигналом збудження системи управління охороною здоров'я, стають системним ядром її діяльності.

Це *перший висновок* з системного аналізу взаємозв'язку людини та його стану з системою охорони здоров'я.

Далі слід підкреслити наступне: виділяючи об'єкти системи охорони здоров'я (людини, населення) з базовою властивістю їх стану – здоров'ям, за зміною останнього (в аспекті поняття «інваріанта») отримують знання не тільки про них, але й про «здоров'я» системи охорони здоров'я в цілому, причому із зворотним зв'язком (кібернетичний аспект). У такому підході «система захисту» входить в поняття «здоров'я системи». Виходячи з цього, стає зрозумілим, що система, як цілісний об'єкт, буде захищати і стан будь-якого свого фрагмента. Тоді, визначаючи «захист» як зовнішню характеристику управління охороною здоров'я, її внутрішньою характеристикою повинен стати «контроль», який автоматично, в системному розгляді, вноситься в коло системи охорони здоров'я, завдяки цьому в разі фіксування певних рівнів ієрархії існування об'єкта в загальній системі стає можливою розробка диференційованих рекомендацій для відповідного впливу на її здоров'я» в різних підсистемах управління. Наприклад, на рівні індивіда – це рекомендації, спрямовані на власний тренаж своїх підсистем, на рівні дільничного лікаря – це призначення хворому лікувальних фармакологічних засобів, як хімічний тренаж його підсистем, для підтримки їх нормативного стану діяльності тощо. Відповідно до певних дій виникає конкретна структуризація рівнів і напрямів контролю їх виконання...

Але будь-який вплив, як відомо, неможливий без команди, як елемента керування, тобто в систему управління, у кожний окремих рівень її ієрархії необхідно впровадити (ввести) *систему* команд певними діями. З цією метою зовсім не обов'язково, щоб це був вплив адміністративного характеру. В системне середовище управління повинні бути введені сама людина і населення в цілому, як компоненти цього середовища, внаслідок чого належить провести перерозподіл впливів на об'єкт захисту. Безумовно, при побудові управління охороною здоров'я з урахуванням поданих пропозицій, коли захист здоров'я, як дія, що поєднується з об'єктом і порівнюється з його діями і станом, потоки інформації (і відповідні інструкції) повинні бути узгоджені з об'єктом, причому з урахуванням всіх базових аспектів оцінки об'єкта як системи.

Це *ідеологічна основа* перебудови системи охорони здоров'я і *другий висновок* з системного аналізу зв'язку людини (населення), їх здоров'я з системою охорони здоров'я. Узагальнюючим висновком тут виступає наступний: сам об'єкт (людина або населення) не байдужі до дієздатності і ефективності системи їх захисту, її гарантоспособності у виконанні свого призначення – захисту об'єкта, що і обґрунтовує необхідність широкого її включення в цю систему.

**III. Напрями дій управління охороною здоров'я.** Розгляд базових аспектів (морфологічного, функціонального до генетичного) різних компонентів розгляду середовища існування населення показує, що провідною функціональною характеристикою змін у навколишньому середовищі людини (населення) виступає їх поведінка, як провідний віддзеркалювач способу життя.

Аналіз *останнього* дозволив виділити в ньому узгоджену неподільну єдність наступних елементів: <традиції, норми, ідеали>, де традиції репрезентують морфологічну характеристику змісту життєдіяльності,

основу сформованого способу життя, виділені з них норми (нормативи) – функціональні характеристики способу життя, як напрями діяльності та обмеження, а ідеали – генетичну (наслідкову) характеристику способу життя, як мету і результат цієї діяльності. Співвідношення цих базових характеристик способу життя з базовими аспектами людини (населення) і їх станів довело, що з метою отримання «ідеалів здоров'я» необхідно спрямовувати дії системи управління охороною здоров'я на управління традиціями і їх нормативами. Тільки варіювання відповідними видами дій з боку системи управління дозволить з часом досягти сталого існування і забезпечити адекватну підтримку визначених суспільством ідеалів, що і доводиться в наведеній тріаді.

Це *третій* важливий висновок з наведеної системної оцінки взаємодії людини (населення) та середовища їх проживання, отриманий, з метою виходу на побудова дієвої системи захисту і покращання їх здоров'я.

Існуюча сьогодні система охорони здоров'я, як система, якій притаманні дискретні властивості, не може мати майбутнього. Поданий аналіз дозволяє стверджувати, що будова її повинна бути заснована на континуальних властивостях системи: зовнішніх – гарантоздатності, модифікованості, зрозумілості і внутрішніх – стійкості, керованості та спостережуваності.

Цей *методологічний* підхід, заснований на виділенні об'єкта і його стану (як генетичної характеристики системної середовища), з включенням об'єкта в систему захисту його стану, відсутній у будь-якій сучасній системі охорони здоров'я населення.

**IV. Загальні питання технології реалізації визначення «здоров'я» у практиці.** Аспектний опис об'єкта спостереження завжди визначається стратегією побудови рішення. Якщо споживачем знань про об'єкт виступає

пає керівник-організатор охорони здоров'я районного, обласного і вище щаблів, показники здоров'я населення повинні бути погоджені з системами використання і захисту здоров'я чинного масштабу. На рівні лікувального закладу обсяг показників та їх спектр може бути тим самим, але їх просто належить привести у відповідність з колом фіксованих посадових обов'язків осіб, які їх використовують в роботі (термінологія, орієнтири контролю тощо). Тільки в цьому випадку можна говорити, що є, відпрацьована і дотримується технологія інформаційної наступності знань про один і той самий об'єкт спостереження.

У загальному вигляді для будь-якої досліджуваної групи людей її морфологія може і повинна описуватися за вибором споживача інформації. Це можуть бути, наприклад, характеристики групи за місцем проживання, за демографічним станом, за виробничим принципом тощо; існують десятки інших підходів до опису груп людей. В межах вибраної морфології виділяються відповідні до останньої закони функціонування групи на спостережуваному проміжку її життєвого циклу і визначаються узгоджені з ними характеристики якості її стану, у тому числі і здоров'я. Останні повинні чітко фіксувати морфологічний, функціональний та генетичний аспекти об'єкта.

**V. Поле, полігоном та об'єктом досліджень нами було обрано здоров'я сільських жителів Чернівецької області.** Традиційно для соціально-медичних досліджень були використані минулі і справжні події за матеріалами діючої в системі охорони здоров'я країни інформаційної бази знань про ці об'єкти: медичні та демографічні характеристики жителів 11 районів, окремі медико-соціальні характеристики останніх.

Таблиця

**Геногеографічні параметри здоров'я сільського населення (обидві статі) і середовища його проживання (за матеріалами адміністративних районів Чернівецької області)**

Назва району	Життєвий потенціал (ресурс) - в роках	Використаний життєвий потенціал ресурс (в роках)	Напруженість способу життя (%)	Генетична життєвість (індекс)	Потенціал адаптації в середовищі вродженості (індекс)	Швидкість адаптації в середовищі (роки)	Якість середовища проживання (індекс)	Період стабілізації (роки)
	$x_0$	$e_0^0$	$w$	$r$	$\&$	$S$	$\gamma$	$\tau$
Вижницький	118.86	71.54	39,8	3.60	0.92	4.40	5.32	18.97
Герцаївський	119.02	72.70	38,9	1.93	0.74	11.21	6.31	16.02
Глибоцький	119.04	72.25	39,3	4.23	0.90	4.87	6.06	15.30
Заставнівський	118.89	70.97	40,3	3.19	0.90	5.37	5.17	19.52
Кельменецький	119.03	74.90	37,1	3.11	0.82	8.38	7.16	14.12
Кіцманський	118.06	79.82	32,4	5.98	0.94	3.22	8.02	12.47
Новоселицький	119.23	71.58	39,9	2.94	0.83	8.03	6.43	15.74
Путильський	119.07	70.37	40,9	1.55	0.72	12.09	5.60	18.05
Сокирянський	118.01	79.21	32,9	9.21	1.13	0.00	5.17	19.34
Сторожинецький	119.14	73.46	38,3	3.48	0.85	7.13	6.91	14.63
Хотинський	119.11	71.45	40,0	4.07	0.93	3.76	5.67	17.84
Область (с/н)	118.70	73.46	38,1	3.80	0.94	3.19	5.01	20.08

Всі показники в регіонах (областях, районах) визначалися з урахуванням статі, а за необхідності і міграційних процесів; вони орієнтувалися на керівника охорони здоров'я регіону. Кожен з них, будучи інтегральним, може бути розпакований (стратифікований) в потрібну нам групу (спектр) параметрів стану заданих фрагментів їх власного інфрасередовища. Останні також будуть репрезентувати інтегральні характеристики: їх параметри будуть відображати не лише величину, а й місце, і роль чинника у здоров'ї людей. Крім того, вони, як і базові показники, можуть далі розпаковуватися в глибину та в напрямку інших узгоджених з ними та їх середовищем зв'язків.

Отримані характеристики здоров'я сільських мешканців Північної Буковини показали, що всі вони є геногеографічним інваріантом. Так, невеликі коливання показника «життєвого ресурсу» довели єдність історичної спільності корінних жителів краю. Це наочно відображається в інтегральних показниках потенціалу та періоду адаптації в цьому середовищі новонароджених ( $\alpha$ , S), показнику життєстійкості популяції утвореному нею самою навколишньому середовищі (r) та період її пристосованості до створених умов життя ( $\tau$ ), які всі разом визначають інтегральну величину показника якості цього середовища ( $\gamma$ ), як інваріанта антропоіндикаційної характеристики конкретного регіону. Композиція значень цих параметрів зумовила регіональні коефіцієнти напруженості способу життя (W) у кожному з районів області та можливості використання життєвого ресурсу поколіннями, що живуть в даний час.

**VI. Серед** наведених показників здоров'я *прямими* слід вважати:

- граничну тривалість життя або життєвий потенціал (ресурс) – як геногеографічну та історіографічну характеристику жителів конкретної території ( $X_0$ ) – у роках;

- вроджену життєздатність та життєстійкість населення або внутрішній потенціал адаптації в середовищі, закладений попередниками (батьками) –  $\alpha$  – індекс;

- зовнішню життєстійкість популяції або швидкість втрати вродженого потенціалу здоров'я і життя – як віддзеркалення антропогенного впливу («бумерангу») якості середовища існування –  $\gamma$ -індекс;

Похідні від них прямі показники:

- середня тривалість життя населення, як обсяг використання популяцією свого видового життєвого ресурсу і, водночас, як інтегральна характеристика якості його використання в конкретних умовах (соціо-екологічного середовища) –  $X_0^0$  в роках;

- генетична життєстійкість популяції – як інтегральна характеристика її пристосованості до середовища існування –  $\tau$ -індекс.

*Непрямими* слід вважати:

- напруженість сформованого укладу життя популяції як відображену характеристику реалізації сукупності безлічі проявів здоров'я населення (шлюбності, народжуваності, смертності, виживання тощо) в конкретних умовах середовища проживання – w – в %;

- швидкість адаптації популяції в середовищі – S – в

роках;

- період стабілізації (повної соціо-екологічної адаптації) або період дозрівання – у роках;

- страхові статево-вікові ризики збереження здоров'я і життя.

Непрямі показники здоров'я населення є прямими показниками «здоров'я» довкілля проживання (враховуючи єдність в системному середовищі населення, фізичної природи і соціальних структур).

Наведені в роботі характеристики здоров'я популяції українців (буковинців) націлені на розробку конструктивних рекомендацій щодо управління «здоров'ям» та їх мешканців регіонів з урахуванням базових варіантів прогнозу реконструкції в них суспільства. Всі вони можуть бути використані в якості інформаційної бази знань для удосконалення системи управління охороною здоров'я, покращання здоров'я людей, збільшення якості і тривалості їх життя.

#### **Tarallo Volodymyr. Development of theory of health is basis of decision of problems of health protection.**

A system aspect of the concept of the "health". Provides a General (generic) definition of "health" and the definition of aspect concepts: "the health of the individual," "family health" and "health". Latest fix not only formally species the characteristics of the States of the objects, but also allow identifying their individual, unique features. Constructive definitions give the opportunity to enter the measuring of the current status parameters of objects. Also are first obtained by the integrative and composite indices: living resource populations, as use of its vital resources, the tensions of way of life, the genetic viability of a population, vital capacity and speed of adaptation of populations in the environment, genetic risks of survival, and the like. At the same time serves to measure the quality of the living environment of the population, its potential in the stabilization or formation of stable functioning of the insurance risks of living in certain conditions. Implemented new division of indicators into "direct" and "indirect" signs in relation to health. All indicators are suitable for deeper static (decompression). The last (partial) are also integral and reflect their values the role and place of the factor in the health of the population (population). Using the new integral indicators allows to obtain a composite portrait of the processes of the health of the population on their territory, to solve the problems of improving the system of health protection, to monitor the effectiveness of relevant programs.

**Key words:** system analysis, integrated indicators, population health, the quality of the environment, health management and health.

*Tarallo Volodymyr – доктор медичних наук, професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет. Коло наукових інтересів: організація та управління охороною здоров'я.*

*Tarallo Volodymyr – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Social Medicine and the Organization of Health Care of Bukovinian State Medical University. Research interests: organization and management of health care.*

**Received:** 11. 03. 2017

**Advance Access Published:** April, 2017

© V. Tarallo, 2017



**ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ ТА СУЧАСНА НЕБЕЗПЕКА  
ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ  
(ЗА МАТЕРІАЛАМИ СВІТОВОГО ТА ВІТЧИЗНЯНОГО ДОСВІДУ)**

Василь ЧЕБАН,

ВДНЗ України «Буковинський державний  
медичний університет», Чернівці (Україна)**HISTORIC ASPECT AND CURRENT THREAT OF VIRAL  
BACTERIAL DISEASES (ON THE MATERIALS  
OF INTERNATIONAL AND DOMESTIC EXPERIENCE)**

Vasyl CHEBAN,

Higher State Educational Establishment of Ukraine  
"Bukovinian State Medical University", Chernivtsi (Ukraine)

**Чебан Василь. Исторический аспект и современная опасность вирусно-бактериальных заболеваний (по материалам мирового и отечественного опыта).** Заболеваемость, в частности, сезонным и пандемическим гриппом и острые респираторные вирусные инфекции, очередной раз формируют волну рисков как для общественного здоровья, так и для жизни кого-либо из нас. Поэтому ее эпидемический (пандемичный) процесс является не только медицинским, но и особенно актуальной социальной проблемой и формирует новые вызовы для общества. В данной статье приведен обзор литературных источников, которые касаются международного и отечественного опыта преодоления эпидемиологических процессов на примере гриппа штамма H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, его последствий и осложнений.

**Ключевые слова:** заболеваемость, эпидемия, пандемия, острые респираторные вирусные инфекции, вирусно-бактериальная пневмония, грипп АН<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, респираторный дистресс-синдром.

**Вступ.** Найвищий ступінь пандемії був оголошений ВООЗ 11 червня 2009 року внаслідок грипу А (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>), названий також «свинним грипом», який вперше було виявлено серед хворих людей у Мексиці навесні 2009 року. Особливої суттєвої різниці в симптоматиці між сезонним і новим грипом не з'ясовано. Загальні симптоми: температура, кашель, біль у горлі, риніт, головний біль, біль у м'язах і кінцівках, загальні ознаки застуди (лихоманки, втоми...). Окремі пацієнти, які були заражені збудником грипу А (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>), скаржились на нудоту і пронос. Новий вірус має також здатність охоплювати нижні дихальні шляхи і викликати різні небезпечні запалення легень. Інкубаційний період нового штаму, H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, подібний до сезонного, але є дещо короткотривалим: клінічні симптоми настають через 24 години, вірус циркулює протягом 3-5 днів. Подолання вірусу потребує близько тижня, хоча в дітей це може тривати і довше. Епідеміологія пандемічної вірусної інфекції (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) свідчить, що найвищі показники захворюваності (за даними ВООЗ, 2009) спостерігались серед дітей та молоді, і виявлялись широким спектром клінічних симптомів, починаючи від безтемпературних легких захворювань верхніх дихальних шляхів, включаючи субфебрильні грипоподібні стани, закінчуючи тяжкими або навіть фатальними ускладненнями, у більшості випадків швидке прогресуючою вірусно-бактеріальною пневмонією.

**Основна частина.** Інформація стосовно групи ризику свідчить про те, що публікації й дані епідемічного нагляду США, Канади, Великобританії, Австралії і частково Німеччини вказують на окремі смертельні випадки й ускладнення, які зустрічаються у дітей від 0 до 4 років, вагітних і людей з хронічними захворюваннями. До таких належать хвороби органів дихання, серцево-судинної системи, метаболічні (діабет), нирок, печінки, імунодефіциту, неврологічні й нейромускляторні, а також будь-які хвороби, які шкодять імунітету чи орга-

нам дихання й дихальній функції. У вагітних ризик тяжкого перебігу грипу зростає зі строком вагітності. Попри відомий ризик для людей з хронічними хворобами потрібно зазначити, що частка молодих людей серед померлих, порівняно із сезонним грипом, є значно вищою. Крім того, у приблизно ¼ смертельних випадків дітей віком 0-9 років і молодих людей 20-29 років не були зумовлені хронічними хворобами.

У кінці квітня 2009 року американські Центри контролю і попередження захворювань (Disease Control and Prevention - CDC) оприлюднили інформацію про ідентифікацію у двох дітей нового вірусу грипу субтипу А (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>), в генетичному складі якого були частки як пташиного вірусу, так і свинячого. Вже в березні й квітні в Мексиці відбулися спалахи хвороб дихальних шляхів, що були пов'язані з цим вірусом. Протягом короткого часу стало відомо - вірус поширився не лише в Північній Америці, а й в інших частинах Земної кулі, в результаті чого ВООЗ 11.06.2009 оголосила пандемію. Незважаючи на те, що субтип вірусу H<sub>1</sub>N<sub>1</sub> циркулював у людському суспільстві ще з 1977 року, ідентифікований новий вірус мав через значні рекомбінації інші генетичні комбінації, відмінні від попереднього штаму H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, отже визначений як такий, що ще не з'являвся серед населення. Іншою характеристикою нового вірусу був його значний масштаб, тобто швидке розповсюдження серед населення, тяжкий перебіг у молодших вікових групах, значні регіональні відмінності щодо поширення, наслідки для здоров'я і зростаюче й миттєве придушення циркулюючих штамів грипу.

Науковці Мексики на чолі з Guillermo Dominguez-Cherit з Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion Salvador Zubiran проаналізували дані дослідження 899 хворих із новим грипом, які лікувались із 24 березня по 1 червня 2009 року. Реанімаційних хворих було 58 (6,5 %), з них 29 підтверджених випадків інфікування

мом грипу А Н1N1, 14 – вірогідних і 15 – підозрюваних. У кінці квітня 2009 року американські Центри контролю і попередження захворювань (Disease Control and Prevention - CDC) оприлюднили інформацію про ідентифікацію у двох дітей нового вірусу грипу субтипу А (Н1N1).

Перебіг нового грипу, як зазначали дослідники з Австралії характеризувався розвитком важкого респіраторного дистрес-синдрому (РДС), а пацієнти потребували госпіталізації у відділення інтенсивної терапії та штучної вентиляції легень (ШВЛ) з транс-мембранною оксигенацією.

В Україні, під час епідемії грипу в жовтні-листопаді 2009 року було чітко ідентифіковано, що медики мали справу зі спалахом сезонного грипу в поєднанні з грипом А Н1N1. Ситуація виявилася складною, особливо в Західній Україні, де в значенний період спостерігали найвищу захворюваність та летальність від пневмонії.

Впродовж 2009-2010 років Україна знаходилась в умовах світової пандемії грипу А Н1N1 (Каліфорнія), яка охоплювала 212 країн світу та призвела до чисельних підтверджених летальних випадків. Так, за даними Європейського інституту по контролю за захворюваннями в цей період у світі було підтверджено 15174 смертельних випадків пандемічного грипу. На території Європейського континенту зареєстровано 3605 підтверджених смертельних випадків. Непокоїть той факт, що вчені, опираючись на досвід минулих років, вважають, що друга хвиля пандемії може бути більш активною ніж попередня як за кількістю захворілих, так і тяжкістю перебігу й летальністю. Світовий досвід переконливо доводить високу ефективність імунізації населення в боротьбі з сезонним та пандемічним грипом. Дані щодо обсягів профілактичних щеплень за 2001 та наступні роки достовірно підтверджують, що проведення вакцинації проти грипу сприяє зниженню показників захворюваності населення на грип.

Як зазначає автор Гавура В. (2005), віруси, викликають приблизно 8% випадків захворювань негоспітальною пневмонією серед спектру госпіталізованих пацієнтів. Також відіграють велику роль у прогресуванні захворювань органів дихання, в результаті чого в 13-50 % хворих з діагнозом поза-лікарняної пневмонії віруси виступають в якості єдиного патогена і 8-27 % випадків, як змішані бактеріально-вірусні інфекції<sup>1</sup>.

Інші наукові джерела свідчать, що респіраторно-синцитіальний вірус є середнього розміру вірусом сімейства Paramyxoviridae, що складається тільки з 1 серотипу<sup>2</sup>. Структурно, RSV має 10 унікальних вірусних поліпептидів, 4 з яких пов'язані з вірусною оболонкою, і 2 з них (F і G) мають важливе значення для вірусної патогенності. RSV є найбільш частою причиною інфекції нижніх дихальних шляхів у немовлят і дітей, і дуже високо контагіозним вірусом, який розповсюджуються повітряно-крапельним шляхом. RSV досить часто є причиною пневмоній у осіб похилого віку та у дорослих із ослабленим імунітетом. У лікувальних установах для хронічних хворих RSV спричинює 5-27 % від усіх інфекцій дихальних шляхів, а пневмонії, спричинені цим вірусом,

становлять 10 %, з яких 1-5 % завершується летально<sup>3</sup>.

Вірус парагрипу (PIV), також з родини Paramyxoviridae, його можна розділити на 4 підтипи, що базуються на антигенній характеристиці<sup>4</sup>. Парагрип - це поширений вірус, що вражає більшість людей в дитинстві. Імунітет при PIV є короткостроковий, і вірус періодично виявляє себе у верхніх або нижніх дихальних шляхах протягом усього життя. PIV пов'язують із 10 % гострих респіраторних захворювань у здорових дорослих та з 10-50 % всіх ГРЗ при трансплантації, для яких показник смертності варіюється від 15-73 %<sup>6</sup>. Під час спалахів епідемії грипу до 2009 року в Сполучених Штатах смертність становила до 10000-40000 чоловік, з яких 80 % припадає на людей старше 65 років. Під час попередніх десятиліть найвищі показники госпіталізації при грипі ускладненому пневмонією відбувалися в дошкільному віці (27,9 випадків на 10000 осіб у віці до 5 років) і в людей похилого віку (55 випадків на 10000 чоловік старше 65 років).

Світовий досвід продемонстрував, що приблизно 10-30% шпиталізованих хворих потребували госпіталізації до відділення інтенсивної терапії (ВІТ) з приводу швидкопрогресуючої пневмонії, дихальної недостатності та гострого РДС з рефрактерною гіпоксемією<sup>7</sup>. Серед інших тяжких ускладнень чітко виділяють приєднання вторинної бактеріальної інфекції, септичний шок, ниркову недостатність, поліорганну дисфункцію, міокардити, енцефаліти та загострення хронічних захворювань, таких як: бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, або застійна серцева недостатність.

До груп ризику розвитку пневмоній при пандемічному вірусі грипу А (Н1N1), за даними ВООЗ (2009) відносяться такі категорії:

- діти грудного та раннього віку, зокрема, <2 років; вагітні жінки;
- особи будь-якого віку з хронічними легеневиими хворобами (наприклад, бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, саркоїдоз легень);
- особи будь-якого віку з хронічними захворюваннями серця (наприклад, застійна серцева недостатність);
- особи з порушеннями обміну речовин (наприклад цукровий діабет);
- особи з хронічними захворюваннями нирок, печінки та деякими неврологічними захворюваннями (нервово-м'язові та нейрокогнітивні розлади), гемоглобінопатіями або імуносупресіями (як первинними – ВІЛ, так і вторинними, внаслідок імуносупресорної дії медичних препаратів - глюкокортикоїди, цитостатики та злоякісних захворювань);
- діти та дорослі, які отримують постійну терапію аспірином;
- особи у віці 65 років і старше.

Більш високий ризик тяжких ускладнень від пандемічного вірусу грипу А (Н1N1) спостерігається у людей, які страждають від ожиріння, та серед соціально незахищених верств населення.

У середньому, згідно зведених даних робочої групи експертів ВООЗ за 2009 рік, приблизно 50 % госпіталізованих пацієнтів мали, принаймні, один або більше вищезазначених чинників ризику, однак, близько 1/3 пацієнтів з дуже тяжки-

<sup>1</sup> Gavura V. «Dejaki epidemiologični zakonomimosti tyazhкого RS (SARS) i gry'pu» [Some epidemiological patterns of severe MS (SARS) and influenza], *Liky` Ukrayiny*, 2005, N. 3, P. 123 - 124; Gavura V. «Kliniko-epidemiologični xaraktery`sty`ky`aty` povoyi pnevmoniyi tyazhкого gostrogo respiratorного sy`ndromu» [Clinical and epidemiological characteristics of SARS severe acute respiratory syndrome], *Liky` Ukrayiny*, 2004, N. 1, P. 66-71.

<sup>2</sup> WHO. Clinical management of human infection with pandemic (H1N1) 2009: revised guidance, URL: <http://www.mohp.gov.ge>

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> World Health Organization. Pandemic (H1N1) 2009, URL: [http://www.who.int/csr/don/2009\\_07\\_06/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2009_07_06/en/index.html).

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Severe Pneumonia Associated with Pandemic (H1N1) 2009, Outbreak, San Luis Potosí, Mexico, URL: <http://www.cdc.gov>.

<sup>7</sup> Domínez Cherit G., Lapinsky S. E., Macías A. E. "Critically Ill Patients With 2009 Influenza A(H1N1) in Mexico", *JAMA*, 2009, 302 (17), P. 1880-1887.

<sup>8</sup> Ibid.

ми ускладненнями, які були госпіталізовані до відділення інтенсивної терапії, раніше не мали жодних патологій<sup>8</sup>. Новий штам грипу А Н1N1, який з'явився весною 2009 року в першу чергу охопив Центральну Америку, Австралію та інші регіони південної півкулі світу. Медики на основі досвіду, накопиченого під час епідемії SARS 2002 року в Південно Східній Азії, зуміли швидко узагальнити дані щодо лікування тяжких хворих із цією новою інфекцією.

Дослідники з Австралії зазначають, що перебіг нового грипу характеризувався розвитком тяжкого респіраторного дистрес-синдрому (РДС), а пацієнти потребували госпіталізації у відділення інтенсивної терапії та штучної вентиляції легень (ШВЛ) з транс-мембранною оксигенацією<sup>9</sup>. Згідно даних R. Perez-Padilla і співав. (2009р.)<sup>10</sup>, з 98 госпіталізованих осіб з гострою дихальною недостатністю у 18 пацієнтів (з верифікованим грипом А Н1N1) розвинувся гострий РДС, який супроводжувався підвищенням температури тіла. РДС розвивався протягом першої доби від моменту госпіталізації. З 18 осіб на ШВЛ перебувало 10 осіб, з яких 7 померли. Середній показник сатурації кисню у цих пацієнтів склав 71% (64-77 %). Найчастішими проявами захворювання були кашель і кровохаркання, що спостерігалось у 33% хворих. У всіх пацієнтів рентгенологічно було ідентифіковано пневмонію, про що свідчили двобічні плямисті альвеолярні тіні, переважно у базальних відділах, або вузловаті тіні.

Характерними лабораторними показниками були коливання рівнів лейкоцитів периферійної крові – 3100 – 22200/мм<sup>3</sup>, лімфоцитів – 200 - 3700/мм<sup>3</sup>, креатинінази – 58-2156 U/l, ЛДГ – 594 – 3871 U/l.

Смерть наставала в середньому через 14 днів ( на 10-23 добу) після початку захворювання.

Наступним вагомим вкладом у вивчення проблеми розвитку запалення легень при грипі штаму А Н1N1 є дослідження вчених Бразилії<sup>11</sup>, де опрацьовано 34 506 випадків грипу з розвитком РДС, з яких у 5747 ідентифіковано пандемічний варіант вірусу. Науковці виділили дві найбільш вразливі вікові категорії пацієнтів: діти віком до 5 років та вік 20-29 років. Летально завершилися 11,2 % випадків гострого РДС.

Згідно з даними Центру контролю та профілактики хвороб (США), найчастішими бактеріальними збудниками пневмонії, що ускладнювала перебіг пандемічного грипу, були *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus mitis*. Найуживанішими антибіотиками, за даними S. Jain і співав. (2009), були азитроміцин, цефтріаксон, ванкоміцин, левофлоксацин. Ретроспективно можна зазначити, що поширеність вторинної бактеріальної пневмонії коливалася від 2 % до 18 % під час пандемії грипу в 1918-1919 рр. і 1957-1958 рр. Під час пандемії грипу в 1968-1969 рр., захворюваність пневмонією пов'язували з верифікацією *Staphylococcus aureus*, що в три рази перевищувало аналогічні показники в неепідемічний період. Серед інших мікроорганізмів виявляли *Streptococcus*

*pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* та інші альфа-гемолітичні стрептококи.

Найчастішими причинами смерті пацієнтів у штаті Каліфорнія в період пандемії грипу А Н1N1 2009 р. були вірусна пневмонія та гострий РДС.

Провідним фактором, що призводив до летального наслідку була наявність гострого тяжкого РДС, який вперше було описано в 2002 році у південному Китаї. Його збудником виявився SARS-асоційований корона-вірус Урбані – нетиповий корона-вірус, який має ознаки хламідій, вірусів кори, епідемічного паротиту, собачої чуми<sup>12</sup>.

За даними наукових джерел, ще тоді в перебігу такого РДС вчені виокремили 4 стадії, які, згідно зі спостереженням О.М. Радченко, Ю.М. Панчишин (2009), можна виділити й під час епідемії 2009-2010 років у хворих з тяжкою пневмонією<sup>13</sup>.

**Висновки.** Підсумовуючи аналіз потоку наукових джерел та практичного досвідного спектру перебігу вірусних захворювань на грип А Н1N1 в чисельних країнах можна зробити висновок, що хвороба уражала перш за все молодих осіб. Відносно тривалий період часу відмічався від появи перших симптомів до госпіталізації, проте потім стан хворих швидко погіршувався, що виявлялось перш за все дихальною недостатністю. Лихоманка та респіраторні симптоми були наявні у більшості хворих. Рання діагностика захворювання, ранній початок специфічної терапії інгібіторами нейрамінідази і агресивна інтенсивна терапія у випадку дихальної недостатності, дозволять підвищити виживання хворих під час епідемії пандемічного грипу.

**Cheban Vasyi. Historic aspect and current threat of viral bacterial diseases (on the materials of international and domestic experience).** Morbidity, including seasonal and pandemic influenza, as well as acute respiratory viral infections not for the first time provokes a lot of risks both for social and for individual health of people. That is why this epidemic( pandemic) process is both medical and acute social problem which develops new challenges for society. Nowadays, according to WHO (2009) epidemiology of pandemic virus infection (H1N1), shows that the highest incidence was observed among children and youth, and it shows a wide spectrum of clinical symptoms, ranging from light untemperated diseases of upper respiratory tract, including subfebrile flu-like states, ending severe or even fatal complications, in most cases fast-progressive viral-bacterial pneumonia. Researchers from Mexico, led by Guillermo Dominguez-Cherit with the Instituto Nacional de Ciencias Medicas Nutricion Salvador Zubiran in the survey data analyzed 899 patients with a new influenza are treated from 24 March until June 1, 2009 intensive care patients was 58 (6.5%) , including 29 confirmed cases of infection with influenza A strain H1N1, 14 - and 15 probable – suspected. Researchers in Australia say that the course was characterized by the development of new flu severe respiratory distress syndrome (RDS), and patients requiring hospitalization in intensive care and artificial ventilation (artificial pulmonary ventilation) with trans-membrane oxygenation. Next - research scientists in Brazil, the scientists have identified two of the most vulnerable age groups of patients: children under 5

<sup>9</sup> Marcos M.A., Camps M., Pumarola T. «The role of viruses in the etiology of community-acquired pneumonia in adults», *Antivir Ther*, 2006, 11:351-359.

<sup>10</sup> Lewis V.A., Champlin R., Englund J., Couch R., Goodrich J.M., Rolston K. «Respiratory disease due to parainfluenza virus in adult bone marrow transplant recipients», *Clin Infect Dis*, Nov 1996, 23(5), P. 1033-1037; Shinde V, Bridges C.B., Uyeki T.M. «Triple-reassortant swine influenza A (H1) in humans in the United States», 2005-2009, *N Engl J Med*, 2009, 360, P. 2616-2625.

<sup>11</sup> Falsey A.R., Walsh E.E. «Respiratory syncytial virus infection in adults», *Clin Microbiol Rev*, Jul. 2000; 13 (3), P. 371-84.

<sup>12</sup> «Pandemic H1N1 influenza in Brazil: analysis of the first 34,506 notified cases of influenza - like illness with severe acute respiratory infections (SARI)», *Eurosurveillance*, Vol. 14, 2009, Issue 42, P. 1-3

<sup>13</sup> Perez-Padilla R., de la Rosa-Zamboni D., Ponce de Leon S. «Pneumonia and respiratory failure from swine-origin influenza A (H1N1) in Mexico», *The New England Journal of Medicine*, Aug 13 2009, 361(7), P. 680-689.

years of age and 20-29 years. Lethal completed 11.2% of cases of acute PPC. During the epidemic of influenza in October and November 2009 in Ukraine, was clearly identified that physicians have dealt with the outbreak of seasonal influenza in combination with influenza A H1N1. This paper gives a review of references, dealing with international and domestic experience of fighting epidemic processes illustrated by H1N1 influenza, its consequences and complications.

**Key words:** morbidity, epidemic, pandemic, acute respiratory viral infections, viral bacterial pneumonia, influenza A (H1N1) virus, respiratory distress syndrome.

**Чебан Василь** – доктор медичних наук, професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вищого державного навчального закладу України

«Буковинський державний медичний університет». Автор понад 180 наукових праць, з них 3 монографії і 4 посібники. Коло наукових інтересів: репродуктивне здоров'я, соціальні проблеми медицини.

**Vasiliy Cheban** – Doctor of Medical Science, professor of Social Medicine and Health Organization of Higher Educational Establishment of Ukraine "Bukovina State Medical University". An author of over 180 scientific articles, among them are 3 monographs and 4 manuals. Research interests: reproductive health and social problems of medicine.

**Received:** 18. 01. 2017

**Advance Access Published:** April, 2017

© V. Cheban, 2017

**ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ  
ЯК ІНОЗЕМНОЇ: ПРИКЛАДНИЙ АСПЕКТ**

Антоніна АНІСТРАТЕНКО

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,  
м. Чернівці (Україна),  
oirak@bsmu.edu.ua**ISSUES OF TEACHING UKRAINIAN AS A FOREIGN  
LANGUAGE: THE APPLIED ASPECT**

Antonina ANISTRATENKO

Higher State Educational Establishment of Ukraine  
„Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi (Ukraine),  
Researcher ID : S-7158-2016  
ORCID ID 0000-0003-1984-4441

**Анистратенко Антонина. Проблемы преподавания украинского языка как иностранного: прикладной аспект.** В наше время приоритетное значение приобретает языковое образование, от которой зависит уровень подготовки молодого специалиста в условиях интеграции Украины в мировое информационное, экономическое, культурное пространство.

Овладение украинским языком иностранцами гражданами, украинцами за рубежом, мигрантами, беженцами стало первоочередной задачей гуманитаристики в Украине. Поскольку стандартизация речевых навыков и требований к уровню владения языком не в полном объеме совпадает со стандартами высшего образования в Украине, в статье автор делает попытку доказать, что интенсивный курс изучения украинского языка как иностранного имеет преимущества в усвоении языка и его активного использования, а эффективная организация учебного процесса способствует воплощению трехкомпонентной цели преподавания дисциплины для студентов с английским языком обучения.

**Ключевые слова:** украинский язык как иностранный, обучение, языковые навыки, уровневая языковая подготовка, академический курс, интенсивный курс.

**Вступ. Постановка проблеми.** У наш час пріоритетного значення набуває мовна освіта, від якої залежить рівень підготовки молодого спеціаліста в умовах інтеграції України у світовий інформаційний, економічний, культурний простір. Це зобов'язує дбати про українську мову не лише в Україні, а й у всьому світі.

Навчання української мови як іноземної належать до актуальних, практично необхідних і важливих питань. Оволодіння українською мовою іноземними громадянами, українцями за кордоном, мигрантами, біженцями стало актуальною потребою в Україні. «Для налагодження єдиного державного інформаційно-документального механізму реалізації освітніх послуг необхідно створити єдиний комунікаційний системний апарат обміну законодавчо-управлінською базою стосовно предмету»,<sup>1</sup> методичними засадами, науково-навчальними та навчально-методичними матеріалами, досвідом вирішення практичних проблем та практичними кроками успіху, а не лише задокументувати теоретичні шаблі компетентностей та загальноосвітніх стандартів, що існують у цілком іншому вимірі, ніж практична реалізація навчання та використання здобутих знань.

**Основна частина.** Що ж стосується вивчення української мови іноземними громадянами, що здійснюють фахову підготовку в українських закладах вищої школи, то проблеми у викладанні цього предмета виходять за рамки дидактичних. Фактори впливу, як позитивні, так і негативні, на вивчення мови як іноземної можна трансформувати та представити у вигляді піраміди потреб А.

Маслоу. Зручність такого представлення також пов'язана зі ступінчатою організацією переходу з одного рівня володіння мовою на інший та розмежованістю цих «сходинок», подібно до квантових переходів у фізичній теорії квантової механіки. Уявити собі такий перехід можна спостерігаючи за мовленнєвою адаптацією індивіда у одномовному середовищі нерідної мови. На початковому етапі, тільки починаючи вивчати мовну систему, індивід намагається розуміти усне та писемне мовлення, перебуваючи у фазі спостерігача, проводячи внутрішній діалог. Накопичуючи знання мовних знаків, їх зв'язку та значення, способів уживання, той, хто навчається, в певний момент переходить на інший рівень і набуває можливості двосторонньої комунікації, наче елементарна частинка, що здійснює квантовий стрибок на інший енергетичний рівень. Такий перехід не є постульним рухом, як процес навчання, тому для оцінки володіння мовою ефективною стала рівнева система.

Отже, перший щабель – це рівень А1 (за Кембріджкою системою рівневої організації володіння нерідною мовою). Тобто, на цьому рівні йдеться про базовий щабель оволодіння мовними і мовленнєвими навичками, що забезпечують особі, що навчається, потреби виживання (living skills). Цей рівень відповідає першій сходинці природних потреб Маслоу – фізіологічні потреби.

Перехід від повної відсутності поняття про конкретну мову до цієї першої сходинки вважається вченими (Л. Щербина, І. Франк, С. Бернштейн)<sup>2</sup> найпростішим, оскільки діє ефект природної мотивації, яка викликана

<sup>1</sup> Zagal' noosvitnij standart z ukrajins'koyi movy` yak inozemnoyi, [General Standard of the Ukrainian as foreign language], URL: <http://old.mon.gov.ua/ua/activity/education/1410876247/>.

<sup>2</sup> Anistratenko A. Ukrayins'ka mova: gramaty`ka i leksy`ka [Ukrainian language, grammar and vocabulary], Posibnyk, Rukopy`s, P. 6.

«різницею інформації», переходом від незнання до певного рівня знання.

Часто активний процес засвоєння мови «застрягає» на цій сходинці. Пов'язано це, імовірно, з тим, що життєві потреби студента задоволені, а вторинна – психологічно-емоційна – мотивація виявляється недостатньою для здійснення переходу на наступний рівень.

Другий рівень володіння мовою – А2 (за Кембрідзькою системою рівневої організації володіння нерідною мовою), тобто початковий рівень оволодіння мовними і мовленнєвими навичками, що забезпечують особі, що навчається, безпеку в мовному середовищі переважання тієї мови, яку вона вивчає. Цей щабель відповідає другому рівню потреб за А. Маслоу, тобто безпеки людини та її майна, майбутнього. Мовна підготовка цього рівня дає можливість студентові впоратися з усіма основними життєвими ситуаціями, здійснити мовленнєвий контакт з працівниками соціальної сфери, активно діяти в умовах надзвичайного стану, організувати дозвілля тощо.

Перехід на цей рівень полегшує перебування в мовному середовищі, що підштовхує мовця до поглинання мови і виходу на другий щабель.

Третій рівень володіння мовою – В1 (за Кембрідзькою системою рівневої організації володіння нерідною мовою). Тобто середній базовий рівень оволодіння мовними і мовленнєвими навичками, який забезпечують особі, що навчається, реалізацію соціальних і психологічних потреб у мовному середовищі: тобто дружні бесіди, спільний відпочинок з мовцями, для яких ця мова є мовою спілкування, ведення дискусій на різні теми тощо.

Перехід на цей рівень один із найскладніших у всій системі градації мовних щаблів. Адже мотивація докладання зусиль на цьому рівні діє винятково особистісна, а різниця між попереднім рівнем підготовки і тим, що має бути опанований удвічі більша, ніж була поміж двома першими.

Четвертий рівень володіння мовою – В2 (за Кембрідзькою системою рівневої організації володіння нерідною мовою). Тобто середній рівень оволодіння мовними і мовленнєвими навичками, який забезпечують особі, що навчається, реалізацію професійної активності у сфері мовної та мовленнєвої комунікації. Цей рівень відповідає сходинці поваги та самоповаги у піраміді потреб А. Маслоу. Середній рівень мовних навичок дозволяє студентові навчатися у вищому навчальному закладі, здобуваючи освіту іноземною мовою за участю мови посередника та повністю забезпечити побут і психологічні потреби дорослої людини.

П'ятий рівень – найвища сходинка. За Кембрідзькою системою рівневої організації володіння нерідною мовою відповідає рівню С1, тобто високому, професійному рівню мовленнєвої підготовки. За пірамідою потреб А. Маслоу, це рівень самореалізації та творчості. У сфері навчання, такий рівень дозволяє студентові практикувати професійні навички та здійснювати наукові дослідження, писати праці іноземною мовою та реалізувати всі можливі комунікативні ситуації без витрати додаткової психічної енергії на пошук необхідних мовленнєвих одиниць.

Перехід між четвертим та п'ятим рівнями пов'язаний не стільки з особистою мотивацією і навчанням, як із мовним та комунікативним досвідом: читанням наукової та художньої літератури іноземною мовою, спілкуванням, вживанням іноземної мови в процесі мислення тощо.

Треба зауважити, що роль викладача найбільш затребувана на перших трьох рівнях, коли в досягненні успіху переважає елемент навчання та регулярного тестування на практиці отриманих навичок. Тоді роль «мовного середовища» часто належить педагогу.

Другу роль в успішному навчанні відіграє мотивація. Щодо мотиваційних заходів у вивченні української мови як іноземної студентами ВНЗ України, що є громадянами інших держав, то практичний і прикладний аспекти лідирують у наскрізному міжрівневому навчанні.

Перше і основне – джерельно-документальний дискурс навчання. До уваги тут береться сфера можливостей, які матиме студент відповідно до опанованого рівня мовних навичок. Скажімо сертифікат, що діє протягом достатнього часу (5 років, наприклад) і дозволяє отримати деякі переваги, мотивуватиме студента значно краще, ніж тисячі слів, сказаних викладачем на користь володіння мовою.

До прикладу, «школа іноземних мов Варшавського університету (Szkoła Języków Obcych UW) пропонує курси англійської, німецької, французької, іспанської, італійської, російської мов»<sup>3</sup>, з яких сертифікує усі вищезазначені, а Школа східних мов (Szkoła Języków Wschodnich UW) організовує щороку заняття з 28 мов, більшість із яких також сертифікуються по завершенню курсу.

Важливим мотиваційним фактором у процесі навчання іноземної мови студентом, також стає економія і оптимізація навчального часу. В цьому сенсі важливим кроком для дійсного покращення викладання української мови як іноземної є розробка інтернет-локальних навчальних програм та баз даних для самостійного вивчення мови. Скажімо, англійських андроїд-додатків такого типу є понад 180<sup>4</sup>. Серед найпопулярніших – Puzzle English, Easy English, Lingua Leo, Study English та інші. Щодо царини української мови як іноземної, таких програм у вільному доступі поки немає, не те, що в форматі інтернет-додатку для вживання на телефоні чи планшеті, але й комп'ютерної мультимедіа немає. Адаптована версія *Ukrainian abc, Ukrainian for beginners* не є повноцінними програмами для вивчення мови, а лише пропонують словник із кількох десятків слів із картинками.

Викладання української мови як іноземної у системі вищої медичної освіти пов'язане також з рядом дидактичних проблем. Стандарти мовної підготовки і теоретичне обґрунтування знань, умінь і навичок студентів ВНЗ медичного профілю з української мови як іноземної не вповні відображають реальні потреби у навчанні та побуті іноземних громадян та не в усіх аспектах враховують соціокультурний чинник у формуванні мовної компетенції студента. Практика університетського курсу мови, що побудований за логічними категоріями рівнів мови (фонетичний, лексичний, графічний, граматичний) запозичена з традиції викладання української мови

<sup>3</sup> Romanyuk S. Vy'vchennya inozemnoyi movy` u Pol'shi: poglyad u majbutnye [Learning a foreign language in Poland: looking to the future], *Teoriya i praktyka vykladannya ukraïns'koyi movy` yak inozemnoyi*, 2010, Vy'p. 5, P. 30.

<sup>4</sup> Desyat` bezkoshtovny'x resursiv dlya vy'vchennya anglijs'koyi [Ten free resources for learning English], URL: <http://osvita.ua/languages/46386/>.

як рідної, однак такий підхід не завжди ефективний і виправданий у викладанні мови іноземним громадянам, хоч у Наказі Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 01.06.2012 р. № 654 розроблено загальні положення, що передують стандартам мовної підготовки іноземних громадян, що тимчасово перебувають на території України, та вказівки, щодо державної політики у сфері державної мови, пропонувані у Розпорядженні Кабінету міністрів України від 22 серпня 2012 року № 605-р «Про затвердження плану заходів щодо інтеграції біженців та осіб, які потребують додаткового захисту, в українське суспільство на період до 2020 року»<sup>5</sup>, визначені порядок та загальноосвітній стандарт володіння вказаними особами українською мовою: CEFR (Common European Framework of Reference) і рекомендованих резолюцією Ради ЄС (листопад 2001 р.).

Адже, «без урахування всесвітніх маркерів мовної підготовки, не можуть бути враховані при навчанні такі важливі питання як: вивчення мови пропонується дорослим особам, формування основного активного понятійного словника завершено»<sup>6</sup>, вивчення не може здійснюватися без урахування попередньої освітньої бази (оскільки привести її до спільного знаменника у випадковому контингенті складно), академічний курс з граматичним ухилом не забезпечує мовленнєву компетенцію, а у деяких випадках їй перешкоджає.

Нещодавно у *The Journal of Neuroscience* були опубліковані результати спільного дослідження фахівців з Королівського коледжу Лондона у співпраці з дослідниками з Браунівського університету в США, що мало на меті встановити сенситивний вік вивчення мов. За результатами дослідження, таким періодом є 2-4 роки. Саме в цей період часу формується 70 % словника людини<sup>7</sup>. Відповідно, дублювання словникового запасу (а йдеться про активний словник іноземної) відбувається найбільш ефективно в ранньому дитинстві. Успішність і швидкість засвоєння іноземної мови також залежить від ряду суб'єктивних та об'єктивних обставин: вік і кількість мов, якими володіє той, хто навчається, рівень розумової зайнятості – яке навантаження на пам'ять і увагу лягає на особистість, соціокультурна мотивація, тобто те, наскільки особа потребує володіння цією мовою.

Відтак стандартизація мовленнєвих навичок та вимог до рівня володіння мовою не в повному обсязі збігається зі стандартами вищої освіти в Україні. Тобто опанувати академічний курс української мови студенти-іноземці не можуть. Навчатись на умовах інтенсивного курсу української мови також не мають можливості, оскільки типова і, відповідно, робоча навчальна програма розроблена за принципом академічного курсу мови.

За міжнародними стандартами мовних знань, академічний та інтенсивний курси мови відрізняються терміном вивчення, метою викладання, дидактичними засобами та педагогічними підходами. Іноземним студентам-

медикам з англійською мовою навчання необхідний і достатній інтенсивний курс української мови, адже навчальний процес цієї групи студентів проводиться англійською мовою, а для щоденного вжитку та професійно орієнтованої практики інтенсивний курс, безумовно, ефективніший. Натомість для іноземних студентів, що здобувають вищу медичну освіту в Україні державною мовою, академічний курс є не просто бажаним, а обов'язковим, тому що для цієї групи студентів українська мова набуває статусу інструмента здобуття вищої медичної освіти.

Щодо навчального процесу, то «жорстка лімітованість тематичного й сутнісного навантаження програм з дисципліни і, як наслідок, слабка детермінація тематичного і практичного блоків в системі мовних навичок студента»<sup>8</sup> мала би давати результат стандартизації освітніх послуг, проте, на практиці, процес засвоєння одиниць мовлення протікає суто індивідуально для різних осіб. Окрім того, для ефективності структурної моделі вивчення мови, студенти повинні апіорі бути готовими сприймати мову як знакову систему й систему лексикографічних одиниць. Це наскрізно європейська традиція, що не завжди коректна у викладанні студентам-іноземцям медичних спеціальностей українських ВНЗ, адже контингент, переважно, формується на основі громадян з не європейських держав.

Індивідуальний національно-ментальний підхід до студентів з кожної окремої країни є основою первинної комунікації «студент-викладач» та «викладач-студент», адже саме сприйнятливості забезпечує результат. Студенти, що знають дві й більше іноземних мов, окрім рідної, неусвідомлено створюють власну модель вивчення мови, що значно спрощує процес запам'ятовування граматичних форм та лексичних одиниць. Звичайно за умови «співпраці» з когнітивною сферою особи, що навчається, а не спробою викладача «переінакшити» її асоціативну і когнітивну базу.

Що стосується методичного забезпечення практичних занять, то, лектури з порівняльним аспектом у граматиці та зіставним у лексиці дають кращий результат, ніж яскрава і дидактично правильна наочність однією мовою. Тільки якісна асоціація особи, що вчиться, із відомим їй словом чи поняттям у іншій освоєній мові дає результат активного запам'ятовування. Натомість у вітчизняних посібниках «основним способом розкриття граматичного значення і форм слова у грамати-коперекладному методі є переклад на рідну мову учнів, а сам процес навчання роз-починається із зазубрювання правил побудови речень, словотвору, а також поєднання слів. Як правило, у підручниках, побудованих за цим методом, відсутні творчі вправи, комунікативна спрямованість, яка й забезпечує мовленнєву поведінку при подальшому оволодінні мовою»<sup>9</sup>.

Щодо організації навчального процесу, то, окрім традиційних методів описового й ілюстративного харак-

<sup>6</sup> Anistratenko A. *Ukrayins'ka mova: gramaty'ka i leksy'ka* [Ukrainian language, grammar and vocabulary], Posibnyk, Rukopy's, 126 p., il.

<sup>7</sup> *Ukrayinoznavstvo v sy'stemi vy'shhoi medy'chnoyi osvity* [Ukrainian Studies in higher medical education], kolekty'vna monografiya, Kafedra suspil'ny'x nauk ta ukrayinoznavstva Bukovy'ns'kogo derzhavnogo medy'chnogo universy'tetu, za nauk. red. A. A. Mojseya, Chernivci, BDMU, 2015, P. 178.

<sup>8</sup> Shutak L.B., Sobko I.O., Nikoryak I.V. *Vchy'mosya ukrayins'koyi* [We learn Ukrainian], navchal'ny'j posibny'k dlya studentiv vy'shhy'x medy'chny'x navchal'ny'x zakladiv osvity' IV rivnya akredy'taciyi, Chernivci, 2009, P. 5.

<sup>9</sup> Sokil B. *Metody' vy'vchennya ukrayins'koyi movy' yak inozemnoyi ta yix xaraktery'sty'ka* [Methods of studying the Ukrainian as foreign language and their characteristics], *Teoriya i prakty'ka vy'kladamy ukrayins'koyi movy' yak inozemnoyi*, 2007, Vy'p. 2, P. 14.

теру, варто залучати метод Іллі Франка (для опанування словниковим запасом і технікою читання), давній принцип Мохаммеда Ібн Наср Тархана (для граматичних і графічних компетенцій), не нехтувати вітчизняними методиками В. О. Сухомлинського (удосконалення мовлення і зменшення часу затримки перед формуванням фрази, за допомогою вивчення поезій та декламування).

**Висновки.** Отже, з усього видно, що інтенсивний курс вивчення української мови як іноземної має переваги в засвоєнні мови та її активного використання, а ефективна організація навчального процесу сприяє втіленню трьохкомпонентної мети викладання дисципліни для студентів з англійською мовою навчання. В той час, як академічний курс необхідний для студентів, що здобувають вищу медичну освіту українською мовою. Якщо розмежувати дві згадані групи студентів-іноземців, то дидактичні проблеми нівелюються.

**Anistratenko Antonina. Issues of teaching Ukrainian as a foreign language: the applied aspect.** Nowadays the priority of language education, which determines the level of young specialist in the integration of Ukraine into the global information, economic, cultural space. It requires care for the Ukrainian language not only in Ukraine, but also worldwide. Mastering the Ukrainian language by foreigners, Ukrainian abroad, migrants, refugees became urgent need for Ukraine.

Regarding the study of Ukrainian foreign nationals engaged in professional training in Ukrainian institutions of higher education, the problems in the teaching of the subject beyond teaching specific issues. Factors of influence, both positive and negative, to study a foreign language can be transformed and represented as a Maslow pyramid of needs. Such presentation is also ease associated with the organization stepped transition from one level of proficiency in another with the "steps", it runs like quantum transitions in the physical theory of quantum mechanics.

Teaching Ukrainian as a foreign language in higher medical education is also associated with a number of teaching problems.

Standards for language training and theoretical foundation of knowledge and skills of the medical university students profile of Ukrainian as a foreign language does not reflect the real needs in education and everyday life of foreign nationals totally and realise not all aspects of it into account of sociocultural factors in the formation of linguistic competence of the student. Therefore, standardization of speech skills and requirements to the level of proficiency does not fully coincide with the standards of higher education in Ukraine.

The article attempts to demonstrate, that intensive study of the Ukrainian language has advantages in language learning and use of it, effective organization of educational process promotes the implementation of three-goal of teaching Ukrainian for English speakers.

**Key words:** Ukrainian as a foreign language, learning process, language skills, leveled language training, academic course, intensive course.

*Аністратенко Антоніна – кандидат філологічних наук, викладач кафедри суспільних наук та українознавства Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». Коло наукових інтересів: сучасний арт-процес України, Польщі, Німеччини, Австрії, Швеції. Автор 90 наукових праць, статей, розвідок, у тому числі 3 монографії.*

*Anistratenko Antonina – PHD, lecturer of the Department of Social Sciences and Ukrainian Studies, Higher Educational Institution of Ukraine "Bukovina State Medical University". Research interests: modern art process in Ukraine, Poland, Germany, Austria and Sweden. She is an author of 90 scientific publications including 3 monographs.*

**Received:** 21. 03. 2017

**Advance Access Published:** April, 2017

© A. Anistratenko, 2017



**РОЛЬ ТЕОРІЇ ІНФОРМАЦІЙНОГО МЕТАБОЛІЗМУ  
КЕМПІНСЬКОГО У ПОЛІПШЕННІ ВИКЛАДАННЯ  
ТА ЗАСВОЄННЯ ПАТОФІЗІОЛОГІЇ**

**Юрій РОГОВИЙ,**

**В'ячеслав БІЛООКІЙ,**

ВДНЗ України «Буковинський державний  
медичний університет», Чернівці (Україна)  
rohovyuy2012@yandex.ua  
slava.bilookyi@bsmu.edu.ua

**THE ROLE OF THEORY OF INFORMATIONAL  
METABOLISM KEM-PIN-SKI IN IMPROVING LEARNING  
AND MASTERING PATHOPHYSIOLOGY**

**Yuriy ROHOVYY,**

**Vyacheslav BILO'OKIY**

Higher State Educational Establishment of Ukraine  
«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi (Ukraine),  
Researcher ID : C-9885-2017  
ORCID ID 0000-0001-7119-9190  
Researcher ID : B-6672-2017  
ORCID ID 0000-0003-2240-480X

**Юрий Роговий, Белоокій Вячеслав. Роль теории информационного метаболизма Кемпинского в улучшении преподавания и усвоения патофизиологии.**

В представленной статье сосредоточено внимание на субъекте учебного процесса, а именно его способности к эффективному обучению, для чего предлагается внедрить теорию информационного метаболизма Кемпинского, которая даст возможность существенно улучшить усвоение ведущей теоретической дисциплины с доминирующим напряжением таких сфер человеческого сознания, как мышление, интеллект и обеспечить внедрение в практику оригинальных, новаторских способов с акцентом внимания на проблемное обучение с наличием реакций удовольствия, положительных эмоций, отсутствие негативных стрессов, что необходимо для формирования высокопрофессиональных компетенций.

**Ключевые слова:** учебный процесс, теория информационного метаболизма Кемпинского, модернизация, патофизиология, проблемное обучение, высокопрофессиональные компетенции.

**Вступ.** Провідна мета навчально-методичної роботи медичного університету полягає у підготовці спеціалістів, здатних в умовах практичної охорони здоров'я клінічно мислити, оперативно приймати рішення як у типових, так і в нестандартних ситуаціях, при цьому рівень підготовки фахівців у галузі медицини повинен характеризуватися динамікою переходу з першого (“знаю”) та другого (“знаю як”) рівнів піраміди Джорджа Міллера до третього (“демонструю”) та четвертого (“роблю”) рівнів<sup>1</sup>. У забезпеченні такої динаміки істотну роль може відіграти теорія інформаційного метаболізму Кемпінського, що дасть можливість істотно поліпшити засвоєння провідної теоретичної дисципліни з домінуючим напруженням таких сфер людської свідомості, як мислення і інтелект та забезпечити цілеспрямоване, систематичне й послідовне впровадження в практику оригінальних, новаторських способів, що охоплюють ціліс-

ний навчальний процес від визначення його мети до очікуваних результатів<sup>24</sup>.

У запропонованій публікації проведена презентація теорії інформаційного метаболізму Кемпінського для забезпечення поліпшення викладання провідної теоретичної медичної дисципліни - патофізіології.

Отже, об'єктом цього дослідження є покращання якості навчального процесу для досягнення високопрофесійних компетентностей, а предметом – особливості впровадження теорії інформаційного метаболізму Кемпінського для поліпшення викладання патофізіології.

**Виклад основного матеріалу.** Теоретичний фундамент клінічного мислення майбутнього лікаря формується, в основному при вивченні патофізіології, що потребує в студентів з перших кроків освоєння цього предмету інтенсивної роботи таких сфер людської свідомості, як мислення (поняття, судження, умовивід) та інте-

<sup>1</sup> Mruga M.R. “Ocinka klinichnoyi kompetentnosti studentiv medy`chny`h navchal`ny`h zakladiv za dopomogoyu standarty`zovany`x paciyentiv” [Assessment of clinical competence of medical students using standardized patients], *Medy`chna osvita*, 2000, N. 4, P. 14-19; Rogovy`j Yu.Ye. “Dosvid navchal`no-metody`chnoyi roboty` kafedry` patologichnoyi fiziologiyi” [The experience of educational and methodical of the department of pathophysiology], *Medy`chna osvita*, 2001, N. 3, P. 38-40; Rogovy`j Yu.Ye. “Rol` V Mizhnarodnogo kongresu patofiziologiv (ISP 2006) u polipshenni vy`kladannya ta zasvoyennya providnoyi teorety`chnoyi dy`scy`pliny” [The role of V International Congress pathophysiology (ISP 2006) in the improvement of teaching and learning of leading theoretical discipline], *Medy`chna osvita*, 2007, N. 4, P. 22-24.

<sup>2</sup> Rogovy`j Yu.Ye., “Rol` al`ternaty`vny`h metodiv navchannya pry` vy`kladanni teorety`chny`h ta klinichny`h medy`chny`h dy`scy`plin” [The role of alternative teaching methods in teaching teorety`chny`h and clinical medical sciences], *Medy`chna osvita*, 2003, N. 1, P.22-24; Rogovy`j Yu.Ye. “Istoriya ta s`ogodnishni dosyagnennya kafedry` patologichnoyi fiziologiyi Bukovy`ns`kogo derzhavnogo medy`chnogo universy`tetu” [History and current achievements of the department of pathophysiology of the Bukovinian State Medi-

лект (аналіз, синтез, абстракція, конкретизація, узагальнення)<sup>3</sup>. Для досягнення поставленої мети у покращанні викладання патофізіології як теоретичного фундаменту, філософії медицини та методології клінічних дисциплін важливу увагу слід приділяти суб'єкту навчального процесу, а саме його здатності до ефективного навчального процесу із наявністю інформаційного задоволення, в чому істотну допомогу може надати теорія інформаційного метаболізму польського психіатра А. Кемпінського<sup>4</sup>, який зіставив процес засвоєння та обробки інформації психікою людини з процесом обміну речовин в організмі.

Суть його теорії інформаційного метаболізму полягає в тому, що зовнішні інформаційні сигнали, що сприймаються психікою, уподібнюються їжі, яку для процесу енергетичного метаболізму отримує організм, тобто як їжа, необхідна для енергетичного метаболізму організму, так і інформаційні сигнали - для інформаційного метаболізму психіки. А. Кемпінський вважав, що психіка людини харчується інформацією. Її психічне здоров'я залежить від кількості і якості цієї інформації. Інформаційний метаболізм - це процес засвоєння, обробки і передачі інформації психікою людини. А. Кемпінський перший відмітив, що в основі психологічного дискомфорту людини лежить порушення її інформаційного метаболізму. Тобто цим порушенням є не що інше, як недоотримання потрібних сигналів-подразників і переважання непотрібними, що стомлюють, дратівливими від людей, контакт з якими ускладнений тому, що через свого типу інформаційного метаболізму вони свої думки висловлюють малозрозумілим і неприйнятним способом. Поняття інформаційного метаболізму є природним узагальненням поняття хімічного метаболізму, добре розвиненого у дослідженнях фізіологічних процесів у людини і тварин. Це поняття передбачає і виходить з того, що інформація для людини є таким же важливим об'єктом споживання, як речовина і енергія. Цілковито конструктивна аналогія з споживанням і обміном речовини має місце і для інформації. Інформація сприймається, накопичується, засвоюється, зберігається, перетворюється і частково виводиться назовні для взаємодії із зовнішнім світом, а частина інформації залишається всередині і становить внутрішній світ людини.

"В сигнальному метаболізмі, тобто в отриманні інформації з оточення і реагування на неї (реакція організму, в свою чергу, є сигналом для оточення), існують закони, аналогічні законам енергетичного метаболізму, а саме, закон специфічності структури і закон рівноваги між анаболічними і катаболічними процесами. Подібно до того, як субстанції, що надходять в організм, розбиваються на основні елементи, з яких організм будує власну структуру, потоки інформації, що надходять ззовні, перетворюються в специфічні структури (звідси правильність твердження, що кожен живе у своєму власному світі). Здатність інтеграції є однією з найбільш істотних рис нервової системи. Кількість

енергії, що надходить в організм завдяки його анаболічним процесам (побудова), в загальному, зрівнюється з кількістю енергії, що виходить завдяки процесам катаболічних (розпаду). Аналогічно існує певна рівновага між інформацією, що приймається з оточення, і що висилається в нього. Аналогії між енергетичним метаболізмом та інформаційним підтверджує вірність відомого виразу "психічний розлад". Студент часто не може перетравити те, що до нього надходить, не в змозі в стані хаосу інформації створити якийсь порядок. Позитивною стороною згущення інформації є необхідність селекції. У міру розвитку все більш багатим стає обмін сигналами з оточенням, завдяки чому модель навколишнього світу краще відповідає дійсності, а форми реагування стають різноманітнішими. За навчального процесу "інформаційний метаболізм" відіграє більшу роль, ніж енергетичний".

Таким чином, впровадження теорії інформаційного метаболізму Антонія Кемпінського в забезпеченні організації навчального процесу з акцентом уваги на проблемне навчання із наявністю реакцій задоволення, позитивних емоцій, відсутності негативних стресів, будуть сприяти покращанню викладання фундаментальної теоретичної дисципліни - патофізіології, формуванню високопрофесійних компетенцій. Впровадження у навчальний процес вищезазначеної теорії дасть можливість досягти реалізації провідних інтересів патофізіології щодо пізнання глибоких загальних закономірностей розвитку хвороби, передхвороби, дизрегуляторних патологічних процесів, забезпечити провідну роль патофізіології у формуванні в студентів основ клінічного мислення та виконувати функцію методології клінічних дисциплін із можливістю істотного поліпшення якості навчального процесу та засвоєння провідної теоретичної дисципліни<sup>5</sup>.

**Висновок.** У представленій публікації пропонується впровадити у навчальний процес теорію інформаційного метаболізму Кемпінського, яка дасть можливість істотно поліпшити засвоєння провідної теоретичної дисципліни з домінуючим напруженням таких сфер людської свідомості, як мислення і інтелект та забезпечити цілеспрямоване, систематичне й послідовне впровадження в практику оригінальних, новаторських способів з акцентом уваги на проблемне навчання із наявністю реакцій задоволення, позитивних емоцій, відсутності негативних стресів, що необхідно для формування високопрофесійних компетенцій.

**Rohovyy Yuriy, Bilo'okiy Vyacheslav. The role of theory of informational metabolism Kempinski in improving learning and mastering pathophysiology.** The article focuses on the subject of the educational process, namely its ability to effective learning, which it is proposed to introduce the theory of informational metabolism Kempinski, which will provide an opportunity to significantly improve the absorption of the leading theoretical discipline with the dominant voltage in such spheres of human consciousness as thinking and intelligence and to ensure the implementation in prac-

<sup>3</sup> "Metody'chni rekomendaciyi z provedennya II etapu Vseukrayins'koyi students'koyi olimpiady` 2014/2015 navchal'nogo roku sered studentiv vy'shny'kh medy'chny'kh universitetiv III-IV rivniv akredytaciyi iz navchal'noyi dy'scy'pliny` «Patologichna fiziologiya» [Methodical guidelines for the second round of Ukrainian Student Olympiad 2014/2015 academic year among students of medical universities III-IV accreditation levels of discipline "Pathologic Physiology"], za red. T.M.Bojchuk, Yu.Ye.Rogovy'j, L.O.Filipova ta [in.], Chernivci, Bukrek, 2015, 64 s.; Rogovy'j Yu.Ye. Rol' central'noyi naukovo-doslidnoyi laboratoriyi u pokrashhanni navchal'no-metody'chnoyi roboty` kafedry` patologichnoyi fiziologiyi, *Medy'chna osvita*, 2012, N. 3, P. 84-85.

<sup>4</sup> Kempy'nsky'j A. Ekzy'steny'al'naya psy'hy'atry'ya [Existential psychiatry], M-SPb, Uny'versy'tetskaya kny'ga, Sovershenstvo, 1998, 320 p.

<sup>5</sup> Rohovyy Yu.Ye. Pathophysiology for medical students, Chernivtsi, Bukrek, 2016, 338 p.

tice of the original, innovative ways, focusing attention on problem-based learning with the presence of reactions of pleasure, positive emotions, absence of negative stress, what is necessary for the formation of professional competencies. Introduction in educational process of the aforementioned theories will give the opportunity to achieve the leading interests of the pathophysiology of deep knowledge of the general laws of development of the disease, pre-existing, disregulating of pathological processes, to ensure the leading role of pathophysiology in the formation at students of bases of clinical thinking and to perform the function of the methodology of clinical disciplines with the opportunity to substantially improve the quality of teaching and learning leading theoretical discipline.

**Key words:** educational process, modernization, pathophysiology, the theory of informational metabolism Kempinski, problem-based learning, professional competencies.

**Юрій Роговий** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри патологічної фізіології Вищого державного навчального закладу України “Буковинський державний медичний університет”. Автор 425 наукових публікацій з патофізіології. Наукові пріоритети: патофізіологія нирок, водно-сольового обміну, жовчного перитоніту, проблеми викладання патофізіології.

**Yuriy Rohovyy** – doctor of medical sciences, professor, head of Department of pathological physiology of the Higher state educa-

tional establishment of Ukraine “Bukovinian State Medical University”. The author of 425 scientific publications on the pathophysiology. Research priorities: pathophysiology of kidneys, water-salt metabolism, bile peritonitis, problems of teaching pathophysiology.

**В'ячеслав Білоокій** – доктор медичних наук, професор кафедри хірургії №1, декан стоматологічного факультету Вищого державного навчального закладу України “Буковинський державний медичний університет”. Автор 290 наукових публікацій з хірургії та патофізіології. Наукові пріоритети: хірургія та патофізіологія жовчного перитоніту, захворювань щитоподібної залози, проблеми викладання хірургії та патофізіології.

**Vyacheslav Bilookiy** – doctor of medical sciences, professor of Department of surgery №1, the Dean of the dental faculty of Higher state educational establishment of Ukraine “Bukovinian State Medical University”. Author of 290 scientific publications on surgery and pathophysiology. Research priorities: surgery and pathophysiology of biliary peritonitis, diseases of the thyroid gland, problems of the teaching of surgery and pathophysiology.

**Received:** 18. 01. 2017

**Advance Access Published:** April, 2017

© Y. Rohovyy, V. Bilookiy, 2017

**ДО ПИТАННЯ АДАПТАЦІ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ НА  
МОЛОДШИХ КУРСАХ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ**

**Олександра-Марія ПОПЕЛЮК,**

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,  
м. Чернівці (Україна)  
alexandra.popelyuk@gmail.com

**TO THE QUESTION OF THE ADJUSTMENTS OF THE  
UNDERGRADUATE FOREIGN STUDENTS OF THE  
HIGHER MEDICAL SCHOOL**

**Oleksandra-Maria POPELYUK,**

Higher State Educational Establishment of Ukraine  
„Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi (Ukraine)  
RESEARCHER ID E-5465-2017  
ORCID ID 0000-0003-3961-7529

**Попелюк Александра-Мария. К вопросу адаптации иностранных студентов на младших курсах высшей медицинской школы.** В статье рассматриваются актуальные вопросы адаптации иностранных студентов на начальных этапах обучения в медицинском вузе. Описаны особенности педагогического общения, стили поведения, которых необходимо придерживаться преподавателям в процессе обучения иностранных студентов. Представлены способы и средства, предпринимаемые преподавателями кафедры анатомии человека им Н. Г. Туркевича Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет» для решения задачи ускорения процесса адаптации к новой образовательной среде студентов с учетом особенностей процесса обучения, в ходе которого используется трупный материал, что, в свою очередь, вносит значимые коррективы в образовательный процесс в целом.

**Ключевые слова:** иностранные студенты; образовательный процесс, преподавание дисциплины «Анатомия человека», социокультурная адаптация.

**Introduction.** Today that Ukraine has begun to actively move towards European integration its education system is being extensively reformed in order to harmonize with modern European standards, the main purpose of the changes is to provide the high quality education in Ukraine. The Bologna process and the European Higher Education Area aim at harmonizing the national educational systems and improving the competitiveness of national education in the world. The integration of national education into the European and global space provides the opportunities for training and upgrading the training courses for foreign citizens<sup>1</sup>. The pedagogical work with foreign students in a medical university has its own features. In particular, it concerns the teaching of the "Human Anatomy" discipline, which is very specific, voluminous and non-standard for the perception of yesterday's schoolers<sup>2</sup>. It is indisputable that at all times the basis in medical science was the knowledge of the human body structure, but this knowledge in most cases is transmitted through the prism of the national worldview to the future generation. The transfer of medical experience, accumulated by representatives of one country to the trainees from the other countries, is not always smooth due to the differences in the peculiarities of thinking and upbringing

**The purpose** of the recent article is to analyze the process of the adaptation of foreign students to the terms and conditions of the educational process in a medical university, as well as the possible ways of its facilitation and intensification.

The material, results and discussion. The peculiarities of interaction between students and teachers during the educa-

tional process served the material for the studying.

Before the beginning of pedagogical communication with students of foreign countries, the anatomy teacher has to become acquainted with the ideology, outlook and national peculiarities of the students' country of origin. In future, during the teaching process, it is necessary to adhere to a certain style of behavior, conditioned by the peculiarities of the mentality of the students in order to avoid pedagogical misconceptions and mistakes.

Consequently, it is important to assess the difference in the hierarchy of values and the attitude to reality of people with a different worldview and religion. "Human Anatomy" is a fairly specific discipline, due to the fact that cadaveric material is used during the training process. On this basis, teachers need to take into account the religious views of the studying foreigners contingent. In spite of the fact that the majority of students from other countries are trained at the preparatory faculty, which is an adaptation stage not only for subsequent training, but also for communication with the teaching staff in the future before they enter the first year of medical university, it is important to regard the difference in gender and age relationships in the communication process with them. For example, students from Arabic countries are unaccustomed to communicating with female teachers. In their understanding, the teacher can be a mature authoritative person, necessarily male. Therefore, in the initial stages of education, it is difficult for students to fulfill all the requirements imposed on them. In some cases, the students may demonstrate an inadequate and even aggressive response to teachers criticism towards them, a sharp overesti-

<sup>1</sup> Bulakh I. Ye., Volosovets' O. P., Mruha M. R. "Problemy otsinyuvannya znan' studentiv u konteksti vymoh Bolons'koyi deklaratsiyi" [The problems of knowledge estimation in the contest of Bologna declaration], *Medychna osvita*, 2011, N. 2, P. 20–22.

<sup>2</sup> Louw G., Eizenberg N., Carmichael S. W. "The place of anatomy in medical education", *Med Teach*, 2009, AMEE Guide no 41, May 31 (5), P. 373–86.

mation of their self-esteem was noted. In such situations the teacher has to display his pedagogical skills and tolerance in order to smooth the difference in the attitudinal sensitivities of the information perception and to introduce the medical educational environment to the learner. On the other hand, teachers need to realize that their cultural perspective is not a universal norm, nor is it the only right one and can not be a priority in assessing the experience of communication with the trainees of other countries and should not influence on the estimation of knowledge. They need to have metacognitive strategies to gain awareness, not only of their own knowledge and skills in the classroom but also of the efficacy of their activities on students' learning. It is necessary to strive to ensure that the demands to the establishment of intercultural communications are placed not only to students, but also to teachers.

The right of students to recognition as a person with different sense of worth, since it was formed in other sociocultural conditions is undeniable. Being the representatives of different cultures, students from other countries can strongly differ from our compatriots in psychological terms. This fact should be clearly realized by educators. Otherwise the behavior of foreign students may be perceived by teachers as strange and incomprehensible, and the values and norms of another culture may cause a shock. The study at a medical university for the majority of foreign citizens begins at the preparatory faculty and is somewhat similar to the school training, since the curriculum still lacks the specific subjects attributable to the higher medical school. And only in the second year of stay in our country, after finishing the preparatory faculty the first-year students get to the human anatomy department. During this period they do not have a clearly formed serious attitude toward this subject that becomes the prerequisites for the problems arising during the educational process. In most cases, this is connected to the fact that when choosing a higher education institution, young people do not always fully realize where and what they are going to learn, most of them do not plan to come to Ukraine, the main idea at this stage of life is the fact of getting education in a foreign University<sup>3</sup>. The world outlook of such students is often formed on the basis of the opinions of relatives and friends. As a result, the adaptation of such students becomes a complex and multidimensional task: first of all, the adaptation to the socio-cultural space of another country; secondly, to the university learning in general; thirdly, to the medical profession. At this stage, students may experience a strong mental and physical exertions, leading to the development of a stressful state, which significantly influences on the quality of students' perception of educational information<sup>4</sup>. Sometimes this may lead to the refusal of study at this establishment in general. When students appear in a new macro- and microenvironment, they experience a natural discomfort that affects the reorganization of the psychophysiological processes of their personality. The following factors provoke the discomfort in this situation: the students are overwhelmed by excessive information at all levels (in the educational process and outside it); the emotional overload (new connections, commu-

nications); the social adaptation (the independence in the allocation of the budget, domestic services etc.), stay away from home, relatives and friends. The language barrier, which is the main obstacle to the customization to Ukrainian reality, underlies these phenomena. The majority of students who come to Ukraine do not know Ukrainian; in some cases by the time of arrival, they can read with the dictionary, but do not comprehend the oral speech, and no one speaks fluently<sup>5</sup>. Despite the multidimensional nature of the problem, there are ways to solve it. The desire to expand the communication of foreign students with the Ukrainian socio-cultural space is the basic one. But the main attention should be paid to the organization of the pedagogical process, which is based on the improvement of the methodology for the presentation of educational material, as well as the use of "auxiliary" pedagogical technologies. The special teaching aids (methodological textbooks and manuals for foreign faculty students, flowcharts, charts with elements of knowledge control) were created and modernized for this purpose, as well as various illustrative material aiming to facilitate the perception and assimilation of information.

The introduction of modern techniques based on the use of digital and multimedia systems is a new coil of a spiral in this process. Another important factor deserving attention is the peculiarity of the formation of student groups. It is desirable to arrange the study groups including the representatives of different nationalities. In such environment the students won't be isolated in the small society of their training group, formed by representatives of one country or nationality, they would have to accept the rules of interethnic communication. It is desirable to arrange the study groups including the representatives of different nationalities. In such environment the students won't be isolated in the small society of their training group, formed by representatives of one country or nationality, they would have to accept the rules of interethnic communication. In other words, it contributes to the development of their communicative competence (learning of various languages, ways of interacting). Misunderstandings and conflict situations with teachers are less often under such conditions, because students are the members of collective on the basis of equality.

The experience shows that training on such terms leads to the fact that in the future the individual (whether being a student or already a young specialist) easily adjusts to the conditions of any socio-cultural environment, and masters the universal human values<sup>6</sup>. In addition to participating in events held by the university, it is necessary to attract foreign students to scientific work, first inviting to the plenary sessions of the student scientific circle of the department, with the further prospect of independent participation in scientific work. It is advisable to attract students to work in an anatomical club to learn the basics of dissection. In order to familiarize foreign students with cultural and scientific values, it is necessary to organize various excursions, such as an excursion to the museum of the Human anatomy department, where the scientific and historical heritage of the Bukovinian anatomical school is introduced to the students.

**Conclusions.** The implementation of the proposed recom-

<sup>3</sup> Drozhzhina D. S. "The study of adaptation of overseas students: discussion on the methodology, Universitas", *Zhurnal o zhizniuniversitetov*, 2013, vol. 1, N. 3, P. 33-47.

<sup>4</sup> Di Marko N. "Stress and Adaptation in cross-cultural transition", *Psychological reports*, 2004, N. 35, P. 279-285.

<sup>5</sup> Gunn A. "National health problems in student care", *Journal of the American College Health Association*, 2001, N. 27, P. 322-323.

<sup>6</sup> Fumham A., Bochner S. "Culture Shock. Psychological reactions to unfamiliar environments", London, Methuen Publ., 2003, 298 p.

<sup>7</sup> Karandeeva A.M., Kvaratskeliya A.G., Anokhina Zh. A. "Muzei anatomii cheloveka kak sredstvo proforientatsionnoy raboty v vysshey meditsynskoy shkole" [Museum of human anatomy as a means of career guidance in medical school], *Zhurnal anatomii i gistopatologii*, 2013, vol. 2, N. 2, P. 73-75.

mendations will allow students of foreign countries to successfully overcome the language barrier and the "cultural shock", to develop an effective model of behavior in the new sociocultural space. Since the effectiveness of the training of a foreign student depends on how successfully he adapts to the new environment it will contribute to improving of the quality of training. The pedagogical process organized in this way will contribute to the formation of a person with a harmoniously developed structure of thinking and the feelings sphere, will attach to the high moral and ethical principles that are the main component of the physician's personality. In conclusion, it is important to quote the statement of the honored Chair of the GMC Sir Peter Rubin". Doctors have the enormous privilege of touching and changing lives. Through all the changes driven by research and public expectations, some of the art and science of medicine has endured down the ages and defines medicine as a profession, whatever a doctor's area of practice. Those who teach medicine now are merely the custodians of those core values which were passed on to nowadays doctors by earlier generations and which they in turn will pass on to those who come after".

**Попелюк Олександра-Марія.** До питання адаптації іноземних студентів на молодших курсах вищої медичної школи. Система Вищої освіти України активно виходить на міжнародний рівень і повинна модернізуватись в контексті міжнародних вимог. Процес адаптації іноземних студентів на початкових етапах навчання у вищій школі є складним і багатогранним. В основі цього явища полягають різні причини: різниця в світогляді і вихованні, мовний та соціальні бар'єри тощо.

У медичному вузі, зокрема під час вивчення фундаментальних дисциплін, до загальних причин складності адаптації студентів приєднується особливість процесу навчання, в ході якого використовується трупний матеріал, що, в свою чергу, вносить значущі корективи до освітнього процесу в цілому. Це пов'язано з різними віросповіданнями і релігійними поглядами студентів.

В результаті велика кількість нових змін у житті студента і пов'язане з ними підвищення навантаження психічного і фізич-

ного характеру можуть стати причиною розвитку стресового стану, що в значній мірі виявляє вплив на якість освітнього процесу. У статті описані особливості педагогічного спілкування, стилі поведінки, яких необхідно дотримуватися викладачам в процесі навчання іноземних студентів. Представлені способи і засоби, що використовуються викладачами кафедри анатомії людини ім. М. Г. Туркевича ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет" для вирішення завдання щодо прискорення процесу адаптації до нового освітнього середовища студентів.

Серед способів, що застосовуються, найбільш дієвим є особливо організація педагогічного процесу, в основі якої лежить удосконалення методики викладання навчального матеріалу, а також використання «допоміжних» педагогічних технологій. Важливим моментом є залучення студентів до наукових та історичних цінностей української анатомічної школи, розширення наукового світогляду, що є для них дієвою мотиваційною базою. Організований таким чином педагогічний процес буде сприяти формуванню особистості з гармонійно розвинутою структурою мислення і сферою почуттів, долучить до високих моральних і етичних принципів, що є основою складовою особистості лікаря.

**Ключові слова:** іноземні студенти; освітній процес, викладання дисципліни «Анатомія людини», соціокультурна адаптація.

**Попелюк Олександра-Марія** – асистент кафедри анатомії людини ім. М.Г. Туркевича ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", кандидат медичних наук, Автор 83 друкованих наукових і методичних праць, у тому числі 2-х навчальних посібників. Коло наукових інтересів: морфологія, нормальна анатомія, ембріологія, хірургія, громадське здоров'я.

**Popelyuk Oleksandra-Mariia** – lecturer at Mykola Turkevych Department of Human anatomy of the Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", PhD. The author of 83 published scientific and methodical works, including 2 textbooks. Research Interests: morphology, normal anatomy, embryology, surgery, public health.

Received 18. 02.. 2017

Advance Acces Publisher: April, 2017

© O. Popelyuk, 2017

**ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЕТНОЛОГІЧНИХ СТУДІЙ ОЧИМА  
АВТОРІВ ЖУРНАЛУ «НАРОДНА ТВОРЧІСТЬ ТА  
ЕТНОЛОГІЯ»**

**Антоній МОЙСЕЙ,**

ВДНЗ України «Буковинський державний  
медичний університет», Чернівці (Україна)

**Аркадій МОЙСЕЙ,**

Румунський культурний центр Є. Хурмузакі, Чернівці (Україна)  
antoniimoisei@bsmu.edu.ua

**MAJOR TENDENCIES OF THE ETHNOLOGICAL STUDIES  
BY THE AUTHORS OF THE MAGAZINE "FOLK ART AND  
ETHNOLOGY"**

**Antoni MOYSEY,**

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian  
State Medical University», Chernivtsi (Ukraine),

ORCID ID: 0000-0001-5295-2271

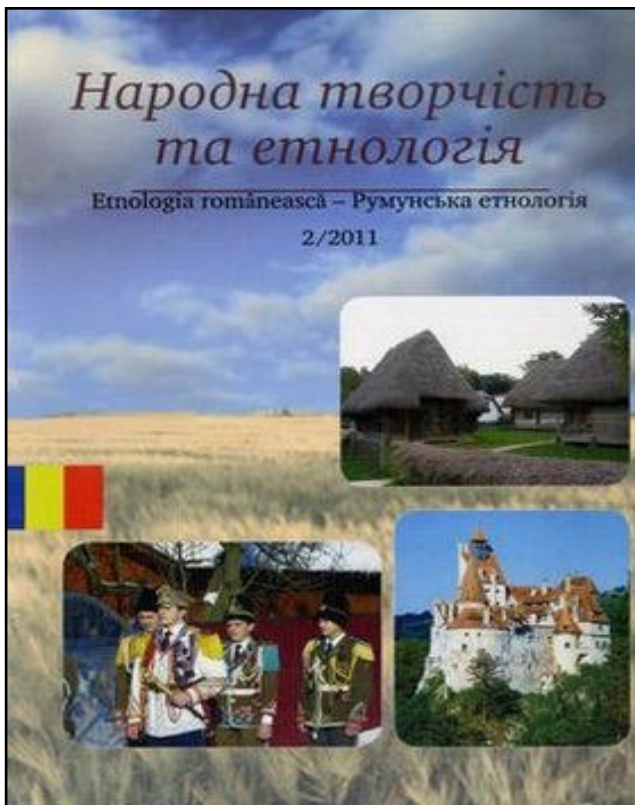
RESEARCHER ID S-5261-2016

**Arkadiy MOISEY,**

Romanian Cultural Center E. Hurmuzaki, Chernivtsi (Ukraine)

**Мойсей Антоній, Мойсей Аркадій. Основные тенденции этнологических исследований глазами авторов журнала «Народное творчество и этнология».** Рецензия посвящена тематическим и содержательным особенностям указанного издания. В рецензии проанализированы сущность и новые тенденции научного журнала за последние десятилетия. Тематическая палитра издания, на первый взгляд, довольно мозаичная, однако, при более внимательном рассмотрении, выделяются несколько сквозных тем. Явление украинской диаспоры за рубежом давно в поле зрения исследователей на страницах «Народное творчество и этнологии». Не менее интересна тематика теории этнографии и фольклористы, которая присутствует на протяжении всего периода выхода журнала в свет. Одними из самых ценных рубрик журнала, несомненно, являются представляющие материалы этнографических или фольклорных экспедиций, которые иногда заново открывают перед нами давно забытые архивные материалы, приобретающие сегодня актуальность.

**Ключевые слова:** научный журнал, «Народное творчество и этнология», этнология, исторические дисциплины, развитие науки, гуманитаристика.



Науковий журнал «Народна творчість та етнологія» Інституту мистецтвознавства, фольклористики та етнології ім. М.Т. Рильського НАН України (далі ІМФЕ) був заснований 1925 року, перейменовани декілька разів, а з 2011 року носить теперішню назву. Періодичність – 6 номерів на рік. З 2000 року головним редактором видання є академік НАН України Ганна Аркадіївна Скрипник. Проблематика журналу: історія і теорія українського фольклору, етнології та народного мистецтва.

Розглядаючи сторінки цього провідного фахового журналу етнологів України, спробуємо відшукати відповідь на одне з найбільш важливих питань, що становить інтерес для молодих науковців: куди прямує сьогодні етнологічна наука, які її перспективи, яка проблематика найбільш актуальна. Саме тому пропонуємо короткий огляд номерів журналу за останні 10 років.

Тематична палітра видання, на першій погляд, доволі мозаїчна, однак, при більш уважному розгляді, виділяються декілька наскрізних тем. Одною з них є спроба ознайомити читача з розвитком етнології та фольклористики в наукових інституціях закордоння. Так, за ці роки, окремі номери були присвячені етнології французькій (6 / 2006), ізраїльській (4 / 2008), японській (1 / 2009-), македонській (3 / 2009), білоруській (6 / 2009), російській (2 / 2010), турецькій (5 / 2010), румунській (2 / 2011), литовській (3 / 2011), хорватській (5 / 2011), сербській (2 / 2012), США і Канади (5 / 2012), азербайджанській (1 / 2014). З великою користю для себе молодий науковець може ознайомитись із вступними статтями до

цих спеціальних номерів академіка Г. А. Скрипник, в яких аналізуються основні тенденції розглянутої проблематики в конкретних країнах, наукові зв'язки між українськими та закордонними етнологами. Звертається увага також на множину характерних робіт, що докладають по цеглині до підмурку відповіді на початкове питання: Ж. Кюїзенъ «Напрями етнології та їх застосування» (6 / 2006); К. Бромберже «Етнологія Франції та нові об'єкти її дослідження. Криза, перші труднощі та становлення науки» (6 / 2006); Л. Мушкетик «Актуальні проблеми текстології української фольклорної прози» (1 / 2008); С. Сегеда «Неолітична революція в Європі. Проблема походження індоєвропейців» (3 / 2008); О. Гурко «Білоруська етнологія в XXI ст.: проблеми і перспективи» (6 / 2009); В. Тішков, О. Півнева «Нове в дослідженнях Інституту етнології та антропології ім. М.М. Миклухо-Маклая РАН» (1 / 2011); Б. Балаж «Передумови, можливості й перспективи досліджень сучасності (міркування щодо діяльності і планів Інституту етнографічних досліджень Угорської академії наук» (1 / 2011); А. Олтяну «Розвиток румунської етнології: історія і сучасність» (2 / 2011); М. Мартинова «Російська етнологія на зламі віків» (1 / 2012); О. Боряк «Сучасна культурно-соціальна антропологія: нові тенденції та здобутки» (рецензія) (1 / 2013); А. Паладі-Ковач «Куди прямує європейська етнографічна наука?» (2 / 2015); М. Борисенко «Етнологія сучасності в Україні: досвід та уроки радянського періоду» (2 / 2015).

Не менш цікавою є тематика теорії етнографії і фольклористики, яка присутня протягом всього періоду виходу журналу в світ. Наприклад, Ж-Ф. Госсю «Етнос, етнологія, етнічність», Ж-М. Пріва «Арнольд ван Геннеп: теорія та практика етнографії» (обидві – 6 / 2006). Із загалу робіт, присвячених цій проблематиці, хотілося би виділити статті А. Іваницького, в яких автор піднімається над масивом прикладних досліджень, узагальнюючи характерні риси певного фольклорного феномена, виходячи на філософське осмислення традиційних обрядів і стереотипів. Серед них згадаємо його статті: «Поетичний паралелізм з погляду еволюції мислення» (3 / 2008) та «Зауваги до типології родильно-хрестинних пісень та обрядовості» (3 / 2013). До серії статей теоретичного спрямування також можна віднести рецензію Г. Скрипник «Новий погляд на етномовні процеси в сучасній Україні» (4, 5 / 2009). Фундаментальне дослідження, проведене румунськими етнографами під час складання Румунського етнографічного атласу, потребувало колосальних практичних зусиль, а також, без сумніву, теоретичних дискусій та розробок. Про цей складний період досліджень та реалізації їх результатів розповідає в своїй статті «Румунській етнографічний атлас» координатор написання Атласу Іон Гіною (2 / 2011). Лорета Маргіненайте підходить до етнологічного розгляду ландшафту з теоретичних позицій: «Ландшафт і його теоретичні інтерпретації» (3 / 2011). Джон Майлз вивчає з аналогічних позицій тематику усної традиції: «Усна теорія: підхід до студій у царині усної традиції» (5 / 2012), а Василь Балушок – до формування етнічних стереотипів: «Початковий етап формування етнічних стереотипів у політичній культурі українців (впливи Степу)» (4 / 2013). Через коротке повідомлення Ненсі Райса можна зрозуміти підвалини теорії війни: «Роздуми про антропологію війни» (6 / 2014). Блер Рубл через розгляд історії становлення м. Чикаго підводить нас до розуміння теоретичних засад процесу трансфор-

мації «жорнов'ячого міста» в сучасний мегаполіс з розвинутою культурою і своєрідною аурую: «Прагматизм і плюралізм як рушії розвитку великого міста» (5 / 2012). Отже, читаючи уважно «Народну творчість та етнологію» можна разом з її авторами долучитися до розкоші людської думки, яка є вельми характерною для цієї галузі науки.

Визначаючи певні перспективи розвитку європейської етнології на сучасному етапі, відомий угорський етнолог Аттіла Паладі-Ковач (2 / 2015) в ряду актуальних тенденцій, таких як етнографічне картографування, культурна екологія, європейські праці широкого масштабу, порівняльні студії, субконтинентальні розвідки, на першому місці поставив розвиток регіоналістики. Автори «НТЕ» своїми дослідженнями в цій царині підтверджують той факт, що вони відповідають загальноєвропейському тренду. Наведемо декілька прикладів: К. Бромберже та М. Мейє «Ідея регіоналізму в сучасній Франції» (6 / 2006) та ціла серія статей інших авторів у цьому ж номері про специфіку Бретанії, французької Басконії, Корсики. Українські фахівці присвячують цій проблематиці чималу кількість публікацій: О. Боряк «Родинна обрядовість поліщуків» (5 / 2007), «Сучасні дослідження етнокультури українців Поділля» (4 / 2013), «Родильно-хрестинна обрядовість населення Гомельщини в записках білоруських фольклористів» (6 / 2014), В. Маслійчук «Про «батьківство» та «материнство» на Лівобережній Україні II пол. XVIII ст.», О. Курочкин «Святковий ландшафт України на порозі III тис.» (4, 5 / 2009), Г. Кожоляно «Доповнювальні елементи народного костюма українців Буковини» (1 / 2010), М. Тиводар, М. Зан, О. Гринів присвятили в № 1 за 2010 р. три статі Закарпаттю, З. Небесна «Звичаї при народженні дитини на Бойківщині. Динаміка змін в обрядовості XX – XXI ст.» (6 / 2010), Д. Трумко «Магічні способи впливу на майбутнє дитини (за матеріалами українсько-польського пограниччя» (4/2012), Д. (Трумко) Ганус «Родильна обрядовість на Волині» (4 / 2013), її ж «Традиційна магія в родильній обрядовості населення західноукраїнського пограниччя в працях дослідників XIX – XX ст.» (1 / 2015) та «Магічні способи захисту життя дитини на території українсько-польського пограниччя: від народження до хрещення» (4 / 2016). Редакція журналу іноді практикує присвячення певного номеру регіональній тематиці, як, наприклад, № 6 за 2013 рік, та окремий розділ в № 1 за 2014 р. були присвячені традиційній культурі Гуцульщини.

Феномен української діаспори як частини світового українства є унікальним явищем нашої культури, нашої історії. Масові переселення українців за кордон починаються у другій половині XIX століття і тривають до наших днів. Фахівці визначають чотири хвилі еміграції. Перша хвиля триває до початку Першої світової війни. Масова трудова еміграція прямує до США, Бразилії, Канади, Російського Сибіру. Виїздили й до Аргентини, Австралії, Нової Зеландії, на Гавайські острови. Друга хвиля еміграції українців охоплювала період між Першою і Другою світовими війнами у XX столітті і була зумовлена поєднанням соціально-економічних та політичних причин. Вони виїздили до Польщі, Чехословаччини, Австрії, Румунії, Болгарії, Німеччини, Франції, США і Канади. Третя хвиля еміграції викликана, в основному, політичними мотивами і розпочалася наприкінці Другої світової війни. Більшою мірою це репатріанти з англійської, американської, французької окупаційних



зон. Найчисленнішими серед них були колишні військово-вополонені, яких сталінський режим вважав зрадниками. Більшість емігрантів цієї хвилі осіла в Канаді, США, Великобританії, Австралії, Бразилії, Аргентині, Франції.

Четверта хвиля розпочалася у 1990-х роках. Її головні причини — економічна скрута перехідного періоду в Україні. В результаті цього на тимчасову роботу в країни Європи, Америки і у Росію виїхало близько 7—8 млн. людей. Донедавна різні джерела, особливо закордонні, зазначали кількість українців, які постійно живуть за кордоном, — до 20 млн.

Явище української діаспори за кордоном давно є в полі зору істориків. А на сторінках «Народної творчості та етнології» можна знайти матеріали, в яких була здійснена етнологічна характеристика цього феномену. Серед статей означеної тематики відмітимо роботу А. Мойсея «Проблеми етнокультурної ідентичності української меншини Сучавського повіту Румунії» (1 / 2008; 2 / 2011), колективна праця (В. Євтух, О. Ковальчук, А. Попок, В. Трошинський) «Українська етнічність поза межами України», в якій автори концентрують увагу читача на тих реаліях українського еміграційного життя, які характеризують активні процеси в напрямі розбудови та утвердження української етнічності в світі (4-5 / 2009; 1 / 2010; 4 / 2010). Російська дослідниця Ю. Аргудяєва присвятила свою статтю етнотомографічній історії українців південної частини Далекого Сходу Росії (II пол. XIX — поч. XX ст.) (2 / 2010), а В. Кушнір — українцям Нижнього Подунав'я в Румунії (6 / 2010). Канадська дослідниця Р.-Б. Климпаш опублікувала розвідку сучасного українсько-канадського фольклору в місті Вінніпег в № 5 за 2012 рік, присвячену етнології США та Канади. В № 4 за 2015 рік в рубриці «Українці у світі» надруковані два матеріали: М. Хріенко «Слідами Тараса Шевченка» та Г. Сергейчука «Український некрополь Москви». Останньому автору належить також стаття «Українці Туркестану (1917 — 1924)» (2 / 2016).

Одними з найцінніших рубрик журналу, безсумнівно, є ті, що презентують матеріали етнографічних, або фольклорних експедицій, які іноді наново відкривають перед нами давно забуті архівні матеріали, які набувають сьогодні актуальності. Серед таких, дуже своєчасних повідомлень, згадаємо матеріали етнографічної експедиції київських науковців на північ Донеччини і на території суміжних областей (4, 5 / 2009). Причому, колектив авторів дав розгорнуту характеристику всієї палітри традиційної обрядовості населення цього регіону. В № 1 за 2012 рік можна ознайомитись з експедиційними матеріалами за темою «Етнокультурна спадщина козацького краю», де дуже детально вивчена традиційна обрядовість, зокрема весільна, Нижньої Наддніпряни (Запорізької області). Експедиція була проведена групою співробітників ІМФЕ ім. М. Рильського: Г. Бондаренко, Ю. Бідношия, Ю. Буйських, Т. Величко, О. Соболева та О. Таран в 2011 році. В рамках «круглих столів», приурочених трагічним подіям, які відбуваються на Сході України з 2014 року були оприлюднені матеріали польових досліджень першої чверті XX ст. та початку нинішнього століття, що стосуються східних територій України. Ці дані ілюструють водночас і уявлення місцевої людності про сучасні військові події на Донбасі та їх наслідки. Опубліковані етнографами відомості засвідчують домінування української етнічної культури, чисельне переважає українців у східних областях як у минулому, так і тепер, що спростовує без-

підставні територіальні претензії Росії і доводить імперський характер інспірованого нею збройного протистояння. В № 6 за 2015 рік означена інформація займає соlidну журнальну площу: с. 87-115 і презентує беззаперечний науковий та загальнодержавний інтерес.

Драматичні події на Україні, початок яким поклала Революція Гідності, а надалі окупація Криму Росією та її намагання підірвати державність України за допомогою проросійських сепаратистів на сході нашої держави не могли не викликати відповідної реакції українських та закордонних учених. Виходячи з такої ситуації, народознавці ІМФЕ провели Круглий стіл «Сучасна ситуація в Україні очима етнологів» з метою з'ясувати причини і природу військового протистояння та відшукати шляхи його припинення. Матеріали Круглого столу були оприлюднені в № 2 за 2014 рік. Звертає на себе увагу вступна стаття академіка, директора ІМФЕ, головного редактора «НТЕ» Ганни Скрипник з цього приводу. Вона дуже влучно наголосила на внутрішніх передумовах драматичних подій на сході країни, водночас справедливо визначаючи роль зовнішнього чинника, який, за її словами, став додатковим, штучно інспірованим каталізатором протистояння. Очевидно, продовжує автор, що українці різних регіонів обов'язково порозумілися б і не дозволили б себе втягнути в криваві зіткнення, якби не було і прямого, і опосередкованого втручання влади Кремля. В дискусії взяли участь багато науковців з України та з-за кордону. Дискусії вчених були продовжені в 2015 році за «круглим столом». Тема цього заходу: «Гуманітарні виклики та соціальні наслідки військових дій на Сході України». В «круглому столі» брали участь 82 народознавців з України, Польщі, Австрії, Болгарії. Матеріал опублікований в № 6 за 2015 рік. Хотілося відмітити декілька статей, які були надруковані на сторінках журналу з цієї ж тематики: В. Сергійчук «Вплив завезеної з-поза меж УРСР робочої сили на деукраїнізацію Донбасу» (6 / 2014), О. Дедуш «Соціальний конструктивізм і джерела сепаратистської ідентичності на українському Донбасі» (3 / 2016), І. Новак «Ставлення українців до подій на Донбасі: у пошуках цивілізаційної межі» (5 / 2016) та ін. Оскільки наш журнал «Актуальні питання суспільних наук та історії медицини» націлений також на тематику народної медицини, то було б нелогічно не вказати, що «Народна творчість та етнологія» друкує періодично матеріали з цієї тематики. Згадаємо хоча б статтю О. Боряк «Презентація тематики з народної медицини у вітчизняних інтернет-ресурсах» (3 / 2010), її ж «До питання про сучасні механізми функціонування знань з народної медицини (за матеріалами газетної періодики)» (1 / 2011), праця Н. Хакимова з Азербайджану: «Традиційна народна медицина (народна медицина туркечаре і фольклор)» (1 / 2014).

Таким чином, підбиваючи підсумки нашого огляду журналу «Народна творчість та етнологія», можна з певністю стверджувати, що молодий дослідник, шукаючий відповідь на вічне для науковців питання пошуку нової теми для подальших досліджень, віднайде на сторінках цього видання справжній каталізатор креативності, крім цього поповнить свій багаж знань новими ідеями та емпіричними даними.

*Received: 18. 01. 2017*

*Advance Access Published: April, 2017*

© А. Moysey, А. Moysey, 2017

## ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ (Requirements for the articles)

Рукописи для публікації у журналі приймаються в електронному варіанті. Матеріали не повинні перевищувати 16 стор. формату А-4, шрифтом Times New Roman, 14 кеглем, через 1,5 інтервали; верхнє і нижнє поля – 2 см., лівє – 3 см., правє – 1,5 (20.000 – 30.000 друк. знаків без резюме та ключових слів). Формат файлів – doc або rtf.

Рукописи приймаються українською, російською, англійською та французькою мовами.

1. У першому рядку ліворуч вказують індекс УДК (жирний прямий) – тільки для українських авторів.

2. У наступних рядках вказують українською та англійською мовами: Прізвище, ім'я, науковий ступінь, учене звання, посада, місце роботи автора (без скорочень); якщо авторів декілька, відомості про кожного подаються окремими рядками;

Назва статті та прізвища авторів подаються українською, російською, англійською та французькою мовами.

### 3. Анотація та резюме:

Анотація українською мовою – об'єм 600–800 знаків з пробілами; ключові слова – 5–10. Резюме англійською мовою – 100–250 слів / 1 сторінка (назва статті, прізвища та ініціали авторів, текст резюме); ключові слова – 5–10. Резюме російською мовою – до 800 знаків з пробілами (назва статті, ПІБ, текст резюме).

### 4. Текст статті повинен мати наступні елементи:

4.1 постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями;

4.2 аналіз останніх досліджень і публікацій, на які спирається автор; виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, яким присвячується стаття;

4.3 формулювання мети статті;

4.4 виклад основного матеріалу дослідження;

4.5 висновки та перспективи подальших досліджень.

4.6 список літератури (11 кегль).

4.7 карти, схеми, таблиці, фотографії.

Останній підпункт не є обов'язковим.

Рисунки та графіки у статтю вставляють в одному з форматів (jpeg, bmp, tif) з роздільною здатністю не менше ніж 300 dpi (подавати якісні оригінали).

Таблиці подають як окремі об'єкти у форматі Word. Основний кегль таблиці 11, заголовок 12.

5. Посилання в тексті подаються в кінці сторінки, нумеруються поступово, відповідно до порядку їх цитування в тексті. Посилання транслітеруються за допомогою спеціальних програм. Наприклад: <http://translit.kh.ua/?lat&passport>

Посилання оформляються згідно з вимогами ДСТУ 8302:2015 «Інформація та документація. Бібліографічне посилання. Загальні положення та правила складання» (<http://lib.pu.if.ua/files/dstu-8302-2015.pdf>) та MLA Style оформлення бібліографічних посилань, розроблений Асоціацією сучасних мов Америки <https://owl.english.purdue.edu/owl/resource/747/06>.

Посилання подаються тільки латиницею. Прізвища авторів і назви джерел-посилань подаються

The manuscripts for publishing in journal must be given in electronic version. The materials for the publication must not exceed 16 A-4 size pages in 14 points Times New Roman, 1,5 space; top and bottom margins – 2cm, left – 3cm, right – 1,5 (20.000 – 30.000 characters apart from resume and key words). Files format – doc or rtf.

We are waiting for the manuscript in Ukrainian, Russian, English and French.

1. In the first line the index UCD(bold, straight) is put to the left – only for Ukrainian authors.

2. In the next lines indicate in the Ukrainian and English: the author's last name, first name, scientific degree, academic status, position, workplace (no abbreviations); if there are several authors of the paper, information about them should be given in different paragraphs;

The titles of articles and authors names are translated into Ukrainian, Russian English and French.

### 3. Abstract and resume

Abstract in Ukrainian – 600-800 symbols including quadrates; 5–10 of key terms. Resume in English – 100-250 words / up to 1 page (the topic of the article, surnames and initials of its authors, summary text); 5–10 of key terms. Resume in Russian – up to 800 symbols including quadrates; 5–10 of key terms.

4. Summary text should have the following elements:

4.1 general statement of the problem and its connection with important scientific or practical aims;

4.2 analysis of the latest researches and publications, singling out of previously unsolved parts of the general problem, which are the focal point of the article;

4.3 statement of the aim of the article;

4.4 laying out of the main research material;

4.5 conclusions of the research and perspectives of further studies in this area;

4.6 bibliography (11 point)

4.7 maps, schemes, tables, photographs.

Pictures and graphics in the article should be of one of the following formats (jpeg, bmp, tif) raster at no less than 300 dpi (high quality original materials should be submitted).

Tables are to be submitted as separate objects in Word format. Main table point 11, heading 12.

5. Reference in the text – at the end of every page of the article, should be numbered gradually, according to their citing order in the text. Link transliterated with special programs.

Example: <http://translit.kh.ua/?lat&passport>

Please present the list of references in accordance with requirements of the DSTU 8302:2015 “Bibliographic Reference. General principles and rules of composition” and the MLA Style method of citation, developed by the Association of American Modern Languages <https://owl.english.purdue.edu/owl/resource/747/06>.

Please present references in Latin letters. To this

транслітерацією. Транслітеровані назви статей подаються у лапках, а в квадратних дужках подається назва статті, перекладена на англійську мову. Назва джерела посилання – періодичного видання, подається курсивом, а потім також подається англійською мовою в квадратних дужках. Назви джерел посилань – книжкових видань теж перекладаються англійською мовою та подаються у квадратних дужках. Всі області бібліографічних зон відділяються комами. Приклади:

**Періодичне видання:**

<sup>1</sup> Bojchuk T.M., Moyses A.A. "Istoriya ta perspektivi rozvitku kafedri suspil'nih nauk ta ukrayinoznavstva" [History and Prospects of the Department of Social Sciences and Ukrainian Studies], *Aktual'ni pitannya suspil'nih nauk ta istorii medycyny* [Current Issues of Social Studies and History of Medicine], 2014, Vol. 1 (1), P. 7–18. URL: <http://apsnim.bsmu.edu.ua/izdanie1/do-70-ricca-bdmu>

<sup>2</sup> Ivanov A. A. "Ukrainsika derjava" [Ukrainian state], *Ukrainskij jurnal* [Ukrainian Journal], 1989, N. 2, P. 23–26.

**Монографія:**

<sup>1</sup> Moyses A.A. Ahrarni zvychayi ta obryady u narodnomu kalendari skhidnoromans'koho naseleण्या Bukovyny» [Agrarian Customs and Traditions in the National Calendar of Eastern Roman Population of Bukovina], Chernivtsi 2010, 304 p.

6. Всі автори подають підписану авторську довідку [http://apsnim.bsmu.edu.ua/for\\_autors/declaration](http://apsnim.bsmu.edu.ua/for_autors/declaration)

7. У кінці статті потрібно подати „Дані про автора” українською та англійською мовами (до 800 друк. знаків).

end, the authors' last names and names of journals or literary sources should be transliterated from Cyrillic script titles of articles submitted in English in square brackets. Transliterated titles of articles must be given in parentheses, and brackets fed title, translated into English. Name Attribution – periodical served in italics, also served in English in brackets. Names of book editions also should be translated into English and presented in square brackets. All areas bibliographic zones should be separated by commas. Example:

**Periodical:**

<sup>1</sup> Bojchuk T.M., Moyses A.A. "Istoriya ta perspektivi rozvitku kafedri suspil'nih nauk ta ukrayinoznavstva" [History and Prospects of the Department of Social Sciences and Ukrainian Studies], *Aktual'ni pitannya suspil'nih nauk ta istorii medycyny* [Current Issues of Social Studies and History of Medicine], 2014, Vol. 1 (1), P.7–18.

URL: <http://apsnim.bsmu.edu.ua/izdanie1/do-70-ricca-bdmu>

<sup>2</sup> Ivanov A.A. "Ukrainsika derjava" [Ukrainian state], *Ukrainskij jurnal* [Ukrainian Journal], 1989, N. 2, P. 23–26.

**Monography:**

<sup>1</sup> Moyses A.A. Ahrarni zvychayi ta obryady u narodnomu kalendari skhidnoromans'koho naseleण्या Bukovyny» [Agrarian Customs and Traditions in the National Calendar of Eastern Roman Population of Bukovina], Chernivtsi 2010, 304 p.

6. All authors submit a certificate signed by the author [http://apsnim.bsmu.edu.ua/for\\_autors/declaration](http://apsnim.bsmu.edu.ua/for_autors/declaration)

7. At the end of the article you must submit "Information about the author" (up to 800 characters).