

МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

№ 22(207)

ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ
27 листопада 2007 року



А²Ї0²

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ

І І А Е І Е

МОЛОДЬ ВШАНУВАЛА ЖЕРТВ ГОЛОДОМОРУ

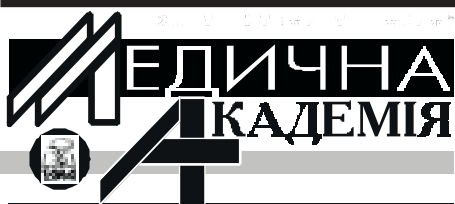
На знак духовної єдності з тими поколіннями українців, які стали жертвами Великого Голоду та терору Спілка української молоді в Україні (СУМ) зініціювала проведення акції «Сопричастя». Сумівці вшанували невинно убієнних Голодомором 33-годинним постом, молитвою та доброю справою.

На думку організаторів акції, піст став своєрідною особистою жертвою кожного з українців на помин душі померлих від штучного голоду 1932-1933 років. 24 листопада о 16 годині учасники цього заходу, незалежно від місця їхнього перебування, духовно єдналися в спільній молитві за упокій померлих у жнива скорботи 75 років тому. За 33 години проведення акції кожен міг зробити й добру справу — подбати про допомогу ближньому, який її конче потребує, як-от пожертвувати на сиротинець, подати милостиню...

Принадно зазначити, що таку акцію вперше сумівці Австралії та Тернопільської міської організації Спілки української молоді в Україні започаткували чотири роки тому. Впродовж цього часу в листопаді такий захід вони проводять щорічно. Торік, скажімо, участь у цій шляхетній та добрій справі, крім тих, хто мешкає на материзні, взяли й представники Великої Британії, Словаччини, Грузії.

Олег КИЧУРА

**ПЕРЕДПЛАТИТЬ
ГАЗЕТУ**



ІНДЕКС 23292

ЛЕКЦІЇ

27 листопада відбудеться лекція для іноземних студентів третього курсу медичного факультету за фахом «Гігієна» на тему: «Гігієна дітей та підлітків. Закономірності росту та розвитку дитячого організму. Гігієна фізичного, психофізіологічного навчання і виховання дітей і підлітків. Гігієнічні основи планування і обладнання дошкільних і шкільних закладів, методика їх гігієнічної оцінки». Лекція відбудеться в аудиторії № 10 — з 9⁰⁰ до 10⁰⁰.

Лектор — Козак Д.В., к.м.н., доцент кафедри загальної гігієни та екології.

5 грудня відбудеться лекція для лікарів-курсантів передатестаційного циклу за фахом «Терапія» на тему: «Виразкова хвороба. Сучасні погляди на проблему, діагностику і лікування». Лекція відбудеться в актовій залі поліклініки Тернопільської міської комунальної лікарні № 2 — з 9⁰⁰ до 10⁴⁰.

Лектор — Шостак С.Є., к.м.н., доцент кафедри терапії і сімейної медицини ФПО.



Лілія ОДРЕХІВСЬКА, студентка стоматологічного факультету

ДЕРЖАВНА ПРОГРАМА

БОРЬБА З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Прийнята «Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007-2016 роки».

Для боротьби з онкологічними захворюваннями на найближчі 10 років в Україні зосереджується державна підтримка та зусилля усіх центральних і місцевих органів виконавчої влади й громадськості. Протягом кількох років Міністерство охорони здоров'я, провідні онкологи України, вчені багатьох інституцій, лікарі-практики працювали над новою програмою щодо боротьби з раком, використовуючи вітчизняний та зарубіжний досвід та сучасні досягнення онкологічної науки й практики.

Світова медицина визнає рак як одну з найбільших загроз людства. Боротьба з онкологічними захворюваннями, як підтверджується світовим досвідом, є складною соціальною проблемою. Проте вплинути на зменшення захворюваності та смертності від раку можна. Країни об'єднують зусилля в боротьбі із спільним ворогом. Україна офіційно підтри-

мала міжнародні принципи протиракової боротьби, задекларовані у Паризькій хартії, приєдналася до неї 26 березня 2007 року, ставши 33-ю державою-учасником всесвітнього руху проти раку. Це свідчить про визнання міжнародним співтовариством високого рівня розвитку онкології в Україні.

Прийнята Кабінетом Міністрів України загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року насамперед зосереджена на своєчасне виявлення онкологічної патології, зменшення поширеності захворюваності, підвищення рівня одужання, зниження смертності та інвалідності українців внаслідок онкологічних захворювань, а також забезпечення максимального наближення до європейських стандартів якості життя онкохворих та їх адаптація у суспільстві, створення належних умов для онкохворих термінальних стадій.

Наталія БЕСЯДА

ОЧІЛЬНИК ОБЛАСТІ ПРИВІТАВ КРАЩИХ СТУДЕНТІВ РОКУ

Голова облдержадміністрації Юрій Чижмарь взяв участь у нагородженні переможців обласного етапу Всеукраїнського конкурсу «Кращий студент року-2007».

В актовій залі Тернопільського національного економічного університету відбулося підбиття підсумків переможців обласного етапу Всеукраїнського конкурсу «Кращий студент року-2007», приурочене Міжнародному дню студента.

Звертаючись до представників студентства, очільник краю зазначив: «Тернопіль — студентське місто. Адже 554 студенти на десять тисяч мешканців — це один із найвищих показників в Україні. Тому маємо пишатися, що саме тут формуються нові кадри країни. І нам є чим пишатися. У кожному вищому навчальному закладі, який представлений на Тернопіллі, працює прекрасний, сильний професорсько-викладацький склад, є міцна фінансово-матеріальна база.

Мені приємно від того, що саме наші ВНЗ мають один з найвищих показників щодо навчання іноземних студентів. Це вже є визнання міжнародне, коли громадяни інших держав вивчають українську мову для того, щоб отримати наші знання».

Юрій Чижмарь наголосив на тому, що саме в Тернополі — альма-матер Президента України Віктора Ющенка, який сьогодні формує економічну та гуманітарну політику держави, виходячи з тих засад, які він здобув у стінах теперішнього Національного економічного університету.

Очільник краю вручив кращим студентам 2007 року грамоти з подякою від обласної державної адміністрації за високі успіхи у навчанні, активну життєву позицію та з нагоди Міжнародного дня студента.

ЮРІЙ ЧИЖМАРЬ ВІДВІДАВ СТУДЕНТСЬКІ ГУРТОЖИТКИ

Голова облдержадміністрації Юрій Чижмарь відвідав студентські гуртожитки Тернопільських медичного та технічного університетів. Спілкуючись зі студентами, очільник краю цікавився умовами їхнього проживання, дозволяв та навчання.

«Добре знаю гуртожитські проблеми, адже свого часу був куратором студентської академічної групи, тож доводилося ледь не щоденно стикатися з цими питаннями», — зізнався журналістам Юрій Чижмарь.

Голова облдержадміністрації також відзначив, що загалом у тих гуртожитках, які він встиг оглянути, створено необхідні умови для належного проживання та навчання студентів.

«Не хочу сьогодні визначати кращий чи гірший гуртожиток. Прошу лише ректорів ВНЗ з розумінням поставитися до того, що ці студмістечка є невід'ємною частиною університетів, тому важливо, аби якісно відремонтованими були не лише лекційні та навчальні аудиторії, а й гуртожитські корпуси й кімнати», — підсумував Юрій Чижмарь.

(Прес-служба ОДА)



Юрію Олександровичу, наскільки суспільство саме готове до болісних змін у соціальній сфері?

— Україна однозначно потребує реформування вітчизняної медицини. Реформи мають рухатися поетапно, поступово — не революційним, а еволюційним шляхом. З огляду на це, Міністерство зосередило свою увагу на вдосконаленні медичної допомоги. Вирішити це можливо передусім за рахунок підвищення рівня самостійності закладів охорони здоров'я та відпрацювання практики державних контрактних закупівель медичних послуг.

Саме ці заходи, які, до речі, передбачені постановою Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 року № 815 «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року», опрацьовувалися за сприяння проекту Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» протягом майже трьох років на базі двох пілотних регіонів — Золочівського району Харківської та Попільнянського району Житомирської області.

— І які їхні наслідки? Нерідко зорганізують пілотні проекти, збирають закордонний досвід, ухвалюють концепції, проводять громадські слухання... Та якісні зміни настають нарочуд повільно.

— Експерименти у двох областях дали без перебільшення непогані результати. Окрім набутого досвіду, ми врахували на майбутнє певні організаційні недоліки. Ми повинні спочатку відпрацювати нові для нас механізми використання наявних ресурсів, навчити працівників галузі працювати по-новому, створити адекватну законодавчу базу, а тоді широко впроваджувати це в життя. Інакше помилки занадто дорого коштують тимуть не тільки медичним

працівникам, а й насамперед пацієнтам.

— Чого очікувати від введення медичного страхування?

— Створення системи медичного страхування дасть змогу чітко визначити обсяг державних гарантій щодо медичної допомоги і пов'язати його з фінансовими можливостями, посилити відповідальність закладів охорони здоров'я за результати своєї роботи, забезпечити незалежний, більш дієвий контроль за діяльністю медичних закладів, якістю та ефективністю медичної допомоги.

При цьому держава встановить основні правила функціонування системи страхування, перелік основних послуг, що надаватимуться застрахованим, перелік груп населення, що підлягають страхуванню, регулюватиме розмір страхового внеску, вирішуватиме спірні питання тощо.

Тобто держава чітко окреслить свої зобов'язання у сфері охорони здоров'я, що фінансуватимуться з бюджетних ресурсів усіх рівнів, а також визначить обсяги медичної допомоги, фінансованої за рахунок страхових внесків. При цьому має бути збережено баланс між страховими внесками, акумульованими в системі страхування, й обсягами наданої медичної допомоги.

Запровадження медичного страхування змінить сам порядок фінансування закладів охорони здоров'я. Якщо за нинішніх умов кошти виділяються на утримання, власне, медичних установ, то при медстрахуванні гроші адресуватимуться пацієнтам і надходять до медичних закладів як плата за надану допомогу.

— Це, очевидно, перерозподілить фінансові потоки?..

— І надасть можливість відійти від залишкового методу формування ресурсів галузі, поєднати бюджетні й позабюджетні кошти. Відповідно, новація тільки посиляє соціально-економічну та юридичну відповідальність закладів охорони здоров'я за результати своєї діяльності. Пацієнти стільки часу мріяли про ефективний контроль за роботою лікарів та якістю медичної допомоги. І, здається, ось реальні перспективи.

— Хто при цьому фінансуватиме загальнонаціональні медичні програми?

Більшість держав Центральної та Східної Європи, Балтії та СНД давно зробила свій вибір на користь страхової медицини. Про те, які за таких умов перспективи вітчизняної медицини, розповідає міністр охорони здоров'я України Юрій ГАЙДАЄВ.

— Фінансування охорони здоров'я мусить здійснюватися на основі бюджетно-страхового принципу, тобто слід чітко окреслити зобов'язання держави у сфері охорони здоров'я, що мають фінансуватися за рахунок бюджетних коштів усіх рівнів, та обсяги медичної допомоги, яка має фінансуватися за рахунок страхових внесків. Державний бюджет повинен узяти на себе як фінансування соціально-значущих медико-санітарних та оздоровчих цільових програм (сюди входять заклади психіатричної, наркологічної, протитуберкульозної служб, санаторно-курортні, санітарно-епідеміологічні заклади, пільгове забезпечення громадян лікарськими засобами та виробами медичного призначення), державних цільових програм, так і державні капіталовкладення тощо.

— Юрію Олександровичу, чи вірите в те, що запровадження медичного страхування підвищить якість надання медичних послуг?

— Якість надання послуг зросте безперечно. Але стан здоров'я населення загалом — це істинний аспект. Загальний стан здоров'я населення країни залежить від охорони здоров'я всього на 10-15 %, а решта залежить від самого громадянина. Тож, можливо, буду банальним, але це раз наголошу: здоров'я людини залежить передусім від самої людини.

— То як Ви бачите механізм введення медичного страхування?

— Власне кажучи, зібрати фінансові ресурси можна буде за рахунок запровадження обов'язкових страхових внесків роботодавців (у вигляді нарахувань на фонд оплати праці найманих працівників) та залучення коштів державного та місцевих бюджетів на сплату страхових внесків за відповідні категорії застрахованих, коштів фондів соціального страхування, самостійно зайнятого та не зайнятого в народному господарстві населення. За попередніми розрахунками, щомісячний розмір страхового внеску на медичне страхування за працюючих має бути встановлений у розмірі 5 % від фонду оплати праці.

— Як вирішуватиметься питання страхування найбільш вразливих верств?

— Відповідно до чинного законодавства, громадяни не сплачуватимуть самі навіть частку страхового внеску. Для кожної категорії населення визначається відповідний страховальник. Звісно, найбільш вразливі

населення мають бути застраховані за рахунок держави.

— Багато хто стурбований, що страхування виявиться виключно обов'язковим...

— Ясна річ, не тільки. Система обов'язкового медичного страхування, що її ми розглядаємо як один із видів соціального, має забезпечити всіх громадян країни, незалежно від стану їхнього здоров'я та рівня матеріального забезпечення, однаковою доступом до медичної допомоги на рівних умовах. При цьому обсяг такої допомоги має визначитися програмою страхування. За приватними страховиками залишається, так само як і скрізь у світі, ринок добровільного медичного страхування, що забезпечує додаткове медичне обслуговування понад обсяг державних гарантій.

Хочу звернути увагу, що на сьогодні майже 100 страхових компаній працює на ринку добровільного медичного страхування, хоча слід відверто сказати, що добровільне обслуговування в нашій країні ще не набуло достатнього розвитку.

— Чи ясно розуміють лікарі, що очікує їх у разі переходу до медичного страхування?

— Можливо, не всі, але ми розгортаємо необхідну роз'яснювальну роботу. Нова система охорони здоров'я потребуватиме комплексного підходу. При цьому справді зміниться не лише характер взаємодій між лікувальними закладами з органами управління, а й функції та умови діяльності всіх сторін. Необхідно по-новому формувати бюджет лікувальних закладів, шукати нові методи організації та оплати праці, формувати вимоги до якості медичної допомоги, створювати систему моніторингу й оцінки діяльності медичних працівників. Потрібні розвинута система акредитації та ліцензування, аудиторська служба тощо.

— Як Ви ставитесь до пропозицій розподілити функції між замовниками медичних послуг та їх виконавцями?

— Варто зробити один пілотний проект, щоб на прикладі кількох лікарень чи навіть регіонів проаналізувати наслідки можливого розподілу повноважень. Подивитися, що з цього вийде, і тільки тоді впроваджувати у великому масштабі. Хочу ще раз повторити: ми не маємо права на помилку.

— І як же медики на місцях ставляться до реформування?

— Практично всі мої колеги, з якими я зустрічався, підтримують запровадження медичного страхування. Медичні працівники тільки виграють від загальнообов'язкового державного со-

ціального медичного страхування. Вони отримають право заробляти кошти відповідно до кількості та якості своєї праці, позбудуться жорстокого адміністративного тиску. Необхідно тільки, щоб відповідні рішення були ухвалені на рівні держави. Слово — за Верховною Радою.

— Але чому, на Вашу думку, блокуються закони про реформування в медичній сфері?

— Можливо, законодавцям де в чому видніше... Хоча насправді всі парламентарії розуміють, без чого не може просуватися щоденне життя. Проїшли вибори, всі нарешті заспокоюються й почнуть ухвалювати зважені рішення, що підуть на користь Україні.

— Чи задоволені Ви співпрацею Міністерства з парламентом?

— Як на мене, у МОЗ склалися досить непогані, тісні відносини з парламентським Комітетом з питань охорони здоров'я. Керівництво Міністерства регулярно відвідує засідання комітету, що дає відчутні результати. Хоча МОЗ намагатиметься співпрацювати ще активніше з народними депутатами, особливо в плані медичних реформ.

— Хіба що дивно виглядає, коли при зміні влади до чергового складу включають нового міністра охорони здоров'я. Хоч у Вас і неполітичне відомство...

— Я можу прокоментувати це тільки одним чином. Важливо, щоб завжди була наступність влади. Скажімо, я був заступником у колишнього міністра Юрія Поляченка. Можливо, через це з моїм призначенням жодної лямки в підходах Міністерства щодо ведення реформ не трапилося. Наступність стала запорукою того, що необхідні зрушення в суспільстві відбувалися рівно, без галасу... У цій сфері різких рухів робити не можна.

— Страхова медицина одразу торкнеться не лише лікарів-менеджерів, а й усіх громадян...

— Звісно, успіх майбутніх перетворень багато в чому залежить від розуміння їхнього змісту і керівниками та працівниками галузі, і населенням. Тому впровадженню системи медичного страхування має передувати робота з підготовки управлінців, медичних закладів, їхніх працівників. Значна увага приділятиметься також питанням інформування широких верств населення про порядок та умови лікування при медичному страхуванні.

Наступні важливі завдання — розробка відповідного програмно-інформаційного забезпечення; опрацювання механізмів проведення розрахунків між учасниками системи; створення ефективної системи контролю якості наданої медичної допомоги.

(Закінчення на стор. 3)

Редактор **Олег КИЧУРА**
Творчий колектив: **Лариса ЛУКАШУК,**
Оксана БУСЬКА,
Ярослав СТАРЕПРАВО
Комп'ютерна група: **Руслан ГУМЕНЮК,**
Марія ШОБСЬКА

Адреса редакції:
46001,
м. Тернопіль,
майдан Волі, 1,
тел. **52 80 09; 43-49-56**
E-mail **academia@tdma.edu.te.ua.**

Засновники:
Тернопільський
державний університет
ім. І.Я. Горбачевського,
управління охорони здоров'я
облдержадміністрації

Видавець:
Тернопільський
державний медичний
університет
ім. І.Я. Горбачевського
Індекс **23292**

За точність
викладених фактів
відповідає автор.
Редакція не завжди
поділяє позицію
авторів публікації.

Реєстраційне свідоцтво
ТР № 300 від 19.12.2000
видане
управлінням у справах
преси та інформації
облдержадміністрації

Газета виходить
двічі на місяць
українською мовою.
Обсяг — 2 друк. арк.
Наклад — 2000 прим.
Замовлення № 168

Газету набрано, зверстано,
віддруковано у Тернопільському
державному університеті
ім. І.Я. Горбачевського.
46001, м. Тернопіль,
майдан Волі, 1.

СТРАХУВАННЯ БЕЗ СТРАХУ

(Закінчення. Поч. на стор. 2)

З ухваленням Верховною Радою України Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» розпочнеться наступний етап, що полягатиме у формуванні законодавчої бази, створенні нової організаційної структури — Фонду медичного страхування, а також органів, які мають здійснювати нагляд за його діяльністю, визначенням уповноваженої банківської установи.

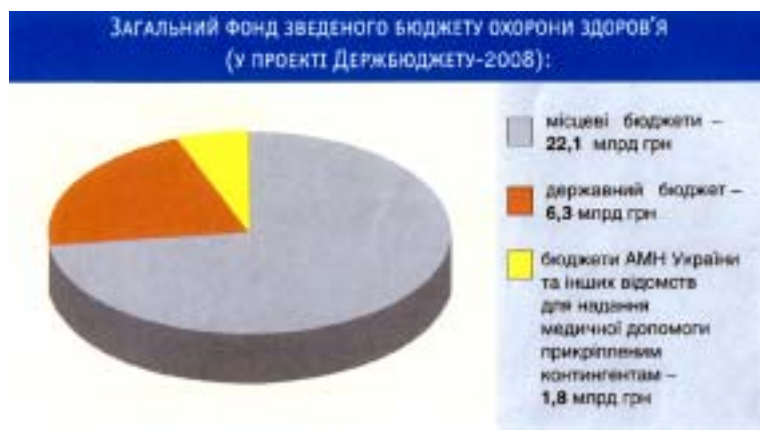
— Ця реформа перебуває в Україні в зародковому стані. Чи немає специфіки, яку варто було врахувати на її початку?

— Як свідчить міжнародний досвід, на початковому етапі найбільш ефективними є централізовані системи обов'язкового медичного страхування. В Україні, з огляду на обмеженість ресурсів, нерозширеність ринкових та договірних відносин в охороні здоров'я, зростає потреба в більш жорсткому плануванні надходжень та використанні ресурсів.

Створення централізованої системи обов'язкового медичного страхування, коли страховиком виступає єдиний цільовий Фонд соціального медичного страхування з регіональними філіями, мінімізує можливі ризи-

ки та адміністративні витрати, дає змогу підвищити передбачуваність відшкодування витрат на медичну допомогу, створити в масштабах держави добре керовану структуру.

— Хто саме вирішуватиме питання створення мережі робочих органів Фонду медичного страхування?



— Це вирішуватиметься за безпосередньої участі місцевих державних адміністрацій. Тим часом мають бути відпрацьовані механізми проведення розрахунків у системі медичного страхування, створені стандартизовані системи інформаційних даних й ефективна система контролю якості надання медичної допомоги, а також програмно-технічне забезпечення системи.

Впровадження нової системи неможливе без нагромадження протягом певного часу Фондом медичного страхування страхових внесків, достатніх для початку його діяльності. Відповідні заходи також мають бути вжиті.

Особлива увага приділятиметься процесу укладання до-

говорів між Фондом медичного страхування і закладами охорони здоров'я. Після цього відбудеться перехід на оплату наданої медичної допомоги в системі медичного страхування за рахунок акумульованих Фондом страхових внесків.

Такий порядок оплати медичної допомоги, на відміну від прямого бюджетного фінансуван-

ня, має залучити економічні важелі для стимулювання ефективнішої роботи закладів охорони здоров'я та підвищення якості надання медичної допомоги, що є однією з основних цілей впровадження системи медстрахування.

— Хто контролюватиме весь цей непростий процес?

— На етапі підготовки відповідного законопроекту — міжвідомча робоча група з розгляду та опрацювання законопроектів з питань обов'язкового медичного страхування, внесених до Верховної Ради народними депутатами. До складу групи, крім фахівців МОЗ України, залучено також народних депутатів, фахівців відповідних міністерств та відомств, керівників управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій, науковців, представників профспілок. У подальшому робота Фонду медичного страхування має здійснюватися під керівництвом правління, до складу якого ввійдуть представники держави, роботодавців, застрахованих та надавачів медичних послуг. Крім цього, обов'язково буде створено орган державного нагляду за роботою Фонду.

— Досвід яких саме систем охорони здоров'я брали до уваги?

— При розробці цього питання було враховано досвід таких країн, як Німеччина, Угорщина, Естонія, Російська Федерація, Киргизія тощо. У них соціальне медичне страхування є основою фінансування медицини.

— Традиційне запитання виборців: чи правильно, що представники вітчизняної еліти виїждять за кордон, лікуються там самі і лікують своїх дітей?

— Насправді більшість відомих вітчизняних політиків лікується вдома. А розголос іде здебільшого з політичною метою. Водночас дехто виїжджає за кордон на лікування. Але, щиро кажучи, я не бачу в цьому чогось ненормального. Це їхнє право і світова практика. Як відомо, в Україні теж є чудові лікарі. І чимало дуже відомих людей успішно лікуються в нас.

Нещодавно ми підписали угоду з міністерством охорони здоров'я Німеччини. На заключній прес-конференції таке саме питання поставили міністри. Моя колега відповіла, що німці не ведуть такої статистики, бо вважають це неетичним: кожна людина має право обирати лікаря й місце лікування. Я цілком погоджуюся з цією думкою. Люди, які мають можливість, виїждять до інших країн. І з цього ніхто не робить надзвичайних подій.

(«Народний депутат», №10 (34), жовтень 2007 р.)

СТУДЕНТСЬКИЙ МЕРИДІАН

ОЛЕСЯ ФЕРЕНЦ: ПРАКТИКУ ЗАХИСТИЛА НА «ВІДМІННО»

— Про програму Міжнародної федерації медичних студентських асоціацій довідалася від випускників нашого університету Анатолія Герасимця та Ірини Бельської, які з успіхом застосували отримані знання на практиці, що мали за кордоном. Водночас цією програмою скористалися і студенти 6 курсу Юля Касінчук та Ярослава Лепеха.

Країни ми обрали різні. Юля облюбувала Словаччину, Ярослава — Болгарію, а мені захотілося ближче познайомитися з організацією лікувального процесу в одній з клінік Чехії.

Нас було 20 студентів з різних держав. З України — лише я. Спілкувалися англійською, тож, крім освоєння суто професійних навиків, збагатилася й мовою. Жили в гуртожитку, а практику проходили в лікарні «Карлові виногради», в різних її відділеннях. Два тижні — в кардіології та кардіохірургії. Ще півтора тижня — у відділенні пластичної хірургії.

У лікарні функціонує шість операційних. У нас, практикантів, була можливість вибирати, в якій з них бути, щоб побачити хірургів за роботою. Дуже приємно, що ставилися вони до нас, як до своїх майбутніх колег — уважно, приязно. Ми відчували себе єдиною спільнотою, покликаною все робити на благо здоров'я пацієнта. Працювали в ре-



Олеся ФЕРЕНЦ (ліворуч)

анімації, брали участь у лікарських обходах, були присутніми під час операцій, перев'язок. Лікар, який супроводжував нас, володів англійською і на будь-яке запитання отримували чітку й фахову відповідь.

У стінах лікарні наша практика тривала всю першу половину дня. А після обіду нам зорганізовували чудові екскурсії. Велике враження на мене справила Прага. Вона дивовижно гарна. Ми побували в Празькому замку, в соборі св. Іштвана, у замку «Прага», на Петровому пагорбі та Карловому мосту. Тут всюди відчуваєш пульсуючу енергети-

ку сивої давнини. Запам'ятався балет під відкритим небом «Крижаний фонтан». Відвідала також славнозвісні Карлові Вари та Карлштейн-замок, де знаходиться копія королівської корони, Чеський національний музей і міжнародний музей іграшки. Побувала на виставці картин Сальвадора Далі.

Інший вимір вражень, теж дуже приємний, — від походів у театр, веселих студентських пікніків. У групі були студенти з Ізраїлю, Словенії, Хорватії, Португалії, Іспанії, Італії, Данії, Швеції. Кожен, розповідаючи про свою країну, старався пред-

Усі розвинені держави світу багато роблять для того, щоб навчати своїх молодих громадян за кордоном, запрошувати до себе іноземних студентів та провадити іншу діяльність у галузі академічних обмінів. Цього літа Олеся Ференц, яка нині навчається на 5 курсі медичного факультету, скористалася послугами Міжнародної федерації медичних студентських асоціацій, що зорганізовує медичну практику студентів в інших країнах, і поїхала до Чехії. Практику проходила в одній з лікарень Праги. Зустрівшись з кореспондентом «Медичної академії», Олеся розповіла про свої враження від побаченого.



Олеся ФЕРЕНЦ із студентами-практикантами з різних країн

ставити її якнайкраще. Моїм новим друзям дуже посмакував український шоколад, який я привезла із собою. Загалом вони виявляли великий інтерес до України, розпитували про навчання в нашому університеті і я з приємністю розказувала про свою alma mater. Робота в Празькій лікарні — сучасному медичному центрі, обладнано-

му згідно з євростандартами — була надзвичайно корисною. Після її завершення мені вручили сертифікат встановленого зразка про проходження практики. Отримані практичні навички допоможуть мені стати висококваліфікованим фахівцем.

**Записала
Надія ГОРОШКО**

МАЛОІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ

Цій темі була присвячена Всеукраїнська науково-практична конференція, що відбулася в конгрес-центрі «Червона калина».

Конференції, в якій взяли участь фахівці лапароскопічної хірургії з усіх регіонів України, передували курси тематичного вдосконалення. Їх проводили вперше в країні для підвищення теоретичного рівня знань і поглиблення практичних навичок лікарів-хірургів, онкологів, гінекологів, урологів, ортопедів. Завдання ж ставилися такі: поглиблення знань з етіопатогенезу, діагностики, лікування різних патологічних станів, захворювань у хірургії за допомогою ендоскопічних малоінвазивних технологій для підвищення рівня практичних навичок. Курси тематичного вдосконалення давали можливість: поглибити знання про причини й механізм розвитку, особливості клінічного перебігу хірургічних захворювань органів черевної порожнини, вдосконалити вміння вибору оптимальної та раціональної діагностично-лікувальної програми у пацієнтів із захворюваннями органів черевної порожнини, навчити хірургів, онкологів, гінекологів вибирати оптимальну лікувальну програму у хворих на абдомінальну патологію, узагальнити свій досвід з прийнятими в державі рекомендаціями з лікування хворих хірургічного, онкологічного та гінекологічного профілю за допомогою ендоскопічних малоінвазивних технологій, удосконалити техніку ендоскопічних методик.

Кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії з малоінвазивними ендоскопічними технологіями та хірургічними дисциплінами ФПО ТДМУ, завідувач відділення малоінвазивної хірургії Тернопільської обласної клінічної лікарні Олександр Ковальчук зазначив, що великою перевагою цих курсів було те, що курсанти пройшли не лише теоретичний курс (а він містив і дистанційне навчання, і лекції). Для них були zorganizовані також практичні заняття: відпрацювання техніки лапароскопічного шва на фантомах, а далі — виконання операцій в зооопераційній віварію на свинях.

Після закінчення курсів його учасники отримали посвідчення про проходження тематичного удосконалення. Як і було задумано, навчання завершилося напередодні відкриття науково-практичної конференції і курсанти теж взяли в ній участь, щоб почути виступи й поспілкуватися з провідними фахівцями — членами Європейської асоціації ендоскопічних хірургів.

Інтерес до конференції був величезний і суто фаховий (на відміну від таких заходів, що проводять у Криму чи в Карпатах). Люди їхали, щоб довідатися про нове в хірургічній практиці, обмінятися досвідом з колегами, висловити свою точку зору на те чи інше дискусійне питання.

Науково-практичні конференції, зорганізовані нашим ВНЗ, тим і цікаві,



Головний хірург МОЗ України Петро ФОМІН

що вони академічні, справді наукові, тож провідні фахівці охоче беруть у них участь — відзначали присутні.

Учасників конференції тепло привітали академік АМНУ, професор Михайло Павловський, професори



Проф. Ігор ДЗЮБАНОВСЬКИЙ (ТДМУ)

Володимир Грубнік і Михайло Нічитайло.

Головний хірург МОЗ України Петро Фомін у своєму виступі проаналізував стан надання хірургічної допомоги хворим в західних областях України. Професор Володимир Грубнік ознайомив колег з результатами дослідження на тему «Лапароскопічне бандажування шлун-

ка для лікування аліментарно-конституційного ожиріння». Таке ожиріння нині розглядається як епідемія, що інтенсивно розповсюджується у всіх країнах. Частка пацієнтів, які мають надмірну вагу, складає 60-63 відсотки дорослих. До захворювань, причинно пов'язаних з надмірною масою, належать ішемічна хвороба серця, атеросклероз, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет другого типу. Злоякісні пухлини, жовчочкам'яна хвороба, захворювання серцево-судинної системи, інфаркти міокарда як прямий наслідок атеросклерозу серцевих

судин в огрядних людей спостерігають у 4-5 разів частіше, ніж при нормальній масі. При цьому розвиток сучасних методик консервативного лікування ожиріння залишається незадовільним. Відомо, що 90-95 відсотків хворих відновлюють початкову масу тіла через 6 місяців після закінчення курсу лікування. Бандажування шлунка — одна з методик рестрактивних баріатричних операцій, суть якої полягає в зменшенні об'єму шлунка шляхом формування так званих «малої» та «великої» шлункових резервуарів спеціальним шлунковим бандажем. Лапароскопічне бандажування шлунка є достатньо ефективною методикою лікування аліментарно-конституційного ожиріння, що дозволяє більшості хворих домогтися адекватного зниження маси. До того ж воно не супроводжується серйозними інтраопераційними та післяопераційними ускладненнями.

Лауреат Державної премії України, професор Дніпропетровської державної медичної академії Володимир Десятерик поділився досвідом перших десяти років роботи Центру лапароскопічної хірургії, який дозволяє мовити про суттєві переваги й доцільність застосування малоінвазивних технологій у лікуванні жовчочкам'яної хвороби та її ускладнень.

Великий інтерес аудиторії викликала доповідь кандидата медичних наук, доцента кафедри хірургії з малоінвазивними ендоскопічними технологіями та хірургічними дисциплінами ФПО ТДМУ, завідувача відділення малоінвазивної



Доктор меднаук Володимир МАКСИМЛЮК

хірургії обласної клінічної лікарні Олександра Ковальчука «Флуоресцентна мікроскопія жовчі як складова критерію вибору інтраопераційної тактики в комплексному лікуванні жовчочкам'яної хвороби на фоні хронічного гепатиту».



Академік АМНУ Михайло ПАВЛОВСЬКИЙ

Коли під час операції у хворого, що страждає від жовчочкам'яної хвороби, видалається жовчний міхур з камінцями, вірогідність так званого первинного холанголітазу, тобто утворення конкрементів у жовчочковідних шляхах, залишається. Як під час операції це можна швидко та ефективно спрогнозувати, а відтак, яке лікування проводити? Має бути це лікування консервативне чи доповнюватися якимись технічними оперативними чинниками під час хірургічного втручання? Щоб знайти точну відповідь, потрібно визначити літогенність жовчі, так званий холато-холестеринний коефіцієнт. Для цього жовч передають у лабораторію. Це тривала методика, швидкий результат отримати неможливо.

Доповідач представив методику мікроскопічного дослідження жовчі за методом популяризаційної флуоресценції. Розроблені нові підходи до системного аналізу даних мікроскопії жовчі та показників біохімічного аналізу, зокрема, вмісту холестерину та жовчних кислот, з графічним відображенням клініко-лабораторної інформації.

Завдяки впровадженню в клініко-лабораторну практику високоточної методики мікроскопії, що базується на реалізації принципу подвійного заломлення світлових променів при проходженні їх через анізотропні молекули біосубстрату, інформативність діагностичного дослідження жовчі суттєво підвищилася. У мазку нативної жовчі при цьому виявляються певні клітини, головним чином лейкоцити, характеризуючи рівень вираженості локальних запальних компонентів патологічного процесу, а також кристалів, що стали наслідком взаємодії лейкоцитів та інших клітин з холестерином і жовчними кислотами. Це тим більш важливо для діагностичного дослідження, що рідкокристалічна природа компонентів, які висвічують у полі зору поляризаційного мікроскопа, дають можливість з

принципово нових позицій оцінювати патогенез хвороби, а також здійснювати технологічний контроль ефективності лікування.

Отже, робить висновок автор дослідження, застосування поляризаційної флуоресцентної мікроскопії

жовчі забезпечує високу інформативну клініко-лабораторну діагностику захворювань гепатобіліарної системи на клітинно-молекулярному рівні шляхом візуалізації фізико-хімічного процесу формування холестеринно-лейкоцитарних конгломератів як структур з анізотропними — рідкокристалічними властивостями. Математична обробка результату взаємодії клітинних і гуморальних компонентів жовчі, зокрема, холестерину та лейкоцитів, за даними полярофлуорографічного мікроскопічного аналізу, з наступним обчисленням і графічним відтворенням інтегральних діагностичних індексів об'єктивно

відображає системний характер патологічних порушень у печінці та жовчному міхурі.

Notes — новий напрям у хірургії, що був створений задля зменшення наслідків хірургічної травми і косметичних дефектів. Основний принцип



Доцент ТДМУ Олександр КОВАЛЬЧУК

Notes полягає у виконанні операцій на органах черевної порожнини за допомогою гнучкого ендоскопа, що вводиться через природні отвори та стінку порожнистого органа в черевну порожнину. Про перший досвід Notes-холестистектомії розповів учасник конференції, професор Володимир Грубнік (Одеський державний медичний університет). Про переваги мінімальної інвазії (або, як ще називають, операції без розрізу) йшлося в інших виступах. Називали головні з них: косметичний ефект, короткий післяопераційний період, нетривалий період реабілітації, мінімальний больовий синдром, краща візуалізація завдяки оптичному збільшенню, а також візуалізація органів при ревізії черевної порожнини; кращі умови для виконання симультанних (супутніх) операцій; менша ймовірність утворення післяопераційних злук, діагностика з мінімальною операційною травмою. Загалом перспективність цього методу зазначали всі виступаючі.

Надія ГОРОШКО,
Ярослав СТАРЕПРАВО (фото)

РЕНТГЕНОЛОГІЯ – ЗВУЧИТЬ, ЯК АФРОДИТА...

*Рентгенологія – звучить, як Афродіта...
Велична, розумом красна.
Її секретів чаша недопита,
Її ніколи не допить до дна.*

Рентгенологія виникла після того, як німецький фізик Вільгельм-Конрад Рентген понад 110 років тому заявив про відкриття короткохвильового електромагнітного випромінювання – нині більше відоме, як рентгенівські промені. Вчений сприяв швидкому практичному впровадженню власного винаходу у медицину. На основі цього з'явилася наука, яка вивчає застосуван-

За шість-сім років лави лікарів і лаборантів у відділенні значно поповнили. Тепер колектив склали лікарі Микола Тельнюк, Поліна Авраменко, Нестор Дrajньювський, Федір Савчук, Петро Пахалюк, Олена Наумова, Анісія Угляр, лаборанти Павло Петришин, Іван Логінов, Галина Чорна, Зіна Аксюкова, Галина Катушонок, інші.

Ледь не з першого року створення обласної лікарні почав працювати Нестор Дrajньювський. Народився він у Чорткові. Батько працював залізничником. Мати до медицини завжди ставилася з повагою, дуже любила

Даниленком, Коморовським, Морозом.

Нестор Дrajньювський упродовж тривалих років удосконалював свій фах на численних курсах у рентгенологічних центрах Києва, Харкова, Львова, Одеси, Запоріжжя, а також у тодішньому Ленінграді. В обласній лікарні тринадцять років він очолював рентгенологічне відділення. Завдяки йому вдалося в хірургічному корпусі відкрити ще два рентгенодіагностичні кабінети, в тому числі спеціалізований урологічний. Нестор Миколайович дбав про оновлення рентген-апаратури. Розумів: це дозволить поліпшити якість та збільшити обсяг обстежень й зменшити променеві навантаження на лікарів і пацієнтів. 1986 року, зокрема, встановили РДК «Хіралюкс» з агіографічною приставкою. З цим комплексом досить плідно працював лікар-рентгенолог Олександр Романюк. Використання більш потужної апаратури дало можливість запровадити нові методики дослідження, як-от: бронхографію, пневмоартрографію, парієтографію, подвійне чи потрійне контрастування травного тракту.

Майже п'ятдесят років трудився в обласній клінічній лікарні рентгенологом Нестор Миколайович Дrajньювський. Його працю високо оцінила й держава, удостоївши почесного звання – заслуженого лікаря України.

– Скільки учнів виховали? – запитав у Нестора Миколайовича.

– На нашій базі проводили кількомісячні курси рентгенологів і рентгенолаборантів. Тож, гадаю, мій досвід, знання пригодилися кільком сотням цих спеціалістів. Узагалі, щоб стати добрим лікарем, треба мати Божу іскру й ціле життя працювати, вдосконалюватися в обраному фаху. Інакше станеться застій, ти ви-

черпаєшся. Я це пам'ятав завжди: трудився, вчився, деколи ніч безперервно проводив за науковою чи довідковою літературою, аби завтра допомогти хворому в його недугі, – ділиться думками Нестор Дrajньювський.

Керівництво відділенням 1988 року Нестор Миколайович передав Тамарі Євсєєвій. На цій посаді вона працювала сім років. Тамара Петрівна дбала про підготовку молодих кадрів. Про-



Нестор Дrajньювський, завідувач рентгенологічного відділення (1974–1987рр.), заслужений лікар України

фесійне становлення тоді почали лікарі Леонід Шмиров, Оксана Хруставка, Тамара Розумна, Олександр Даниленко, лаборанти Анна Боднар, Віктор Тереня, Наталія Михайлишин.

1995 року рентгенологічне відділення очолює Олександр Немировський. На той час діють уже шість рентгенодіагностичних кабінетів, у тому числі й стаціонарний флюорограф. Широке застосування в умовах операційних блоків і палат отримують переносні рентген-апарати. Олександр Немировський займається перевезенням і монтажем рентгенологічного апарату «Сіреграф». У подальшому на цьому апараті проводять

Тернопільська обласна комунальна клінічна лікарня – на порозі свого півстоліття. До цього ювілею на сторінках нашої газети знайомитимемо з історією, життям деяких відділень. Сьогодні пропонуємо перший матеріал добірки.

такі складні операційні втручання, як встановлення кардіостимуляторів, що дозволяло поліпшити якість життя тисячам пацієнтів.

Десять років тому в лікарні встановили рентгенівський комп'ютерний томограф фірми «Шімідзу». Тепер лікарі-рентгенологи активно розширили співпрацю з лікарями психоневрологічного, туберкульозного, онкологічного диспансерів у царині покращення та прискорення діагностики багатьох захворювань.

1998 року на чолі рентгенологічного відділення стає Михайло Іванишин. Він створює Асоціацію радіологів Тернопілля, залучає молоді кадри до роботи в ній, зорганізовує розмаїті конференції. Михайло Васильович став наставником Оксани Вуйцик, яка з березня 2007 року завідує відділенням. Оксана Євгенівна прийшла працювати в обласну клінічну лікарню 2002 року після закінчення Тернопільської державної медичної академії (нині – університет) імені Івана Горбачевського.

– Завдяки старанням нашого головного лікаря Мирослава Гірняка закуповуємо зараз великий рентгенодіагностичний комплекс, – зазначає Оксана Вуйцик. – У майбутньому впроваджуватимемо кардіостимулятори. Маємо намір проводити й ангіографію. Словом, старатимемося освоювати нові технології, нову апаратуру в нашій роботі.

Нині колектив рентгенологічного відділення складають майже двадцять осіб, з них – п'ять лікарів. Оксана Євгенівна мовить, що двох інтернів, випускників нашого ВНЗ, теж зацікавила рентгенологія. «Ми зуміли їм довести, наскільки ця наука є цікавою», – радіє завідувача відділенням.

Хоч рентгенології ген за сто років, але це наука молодих, вона завжди на вістрі часу, якнайширше застосовує новітні технології. Вона прагне й надавати бути надійним помічником і лікарям, і пацієнтам на початковому рівні лікування.

**Микола ВІЛЬШАНЕНКО,
Ярослав СТАРЕПРАВО (фото)**



Оксана ВУЙЦИК очолила рентгенологічне відділення в березні цього року

ня рентгенівського випромінювання для дослідження органів і систем організму та діагностики захворювань. Тепер рентгенографія, рентгеноскопія, звичайна й комп'ютерна томографія та інші методи знайшли широке втілення в клінічній практиці.

Рентгенологічне відділення в Тернопільській обласній комунальній клінічній лікарні відкрили, щойно заснували цей лікувальний заклад. А було це півстоліття тому. Тоді працювали лише один стаціонарний рентгенодіагностичний кабінет. Трудилися тут завідувача Євгенія Астахова, рентгенолаборант Любов Ніколайчик, рентгенотехнік Володимир Дебельський. Водночас відкрили й рентгенологічний кабінет в обласній консультативній поліклініці, де приймала лікар-рентгенолог Ольга Сутиріна, а також лаборантом тут працювала Любов Медведєва.

її, хоча не мала відповідної освіти. Навіть могла ставити, особливо дітям, правильні діагнози. Це радше життєвий досвід допомагав у цьому. Зате лікарем вирішив стати син Нестор. Вступив до тодішнього Станіславського (Івано-Франківського) медичного інституту. З дипломом випускника цього ВНЗ та двома роками практичної діяльності терапевта приїхав до Тернополя. Тут йому запропонували посаду лікаря-рентгенолога. Каже, погодився, бо цей розділ медицини приваблював його. Звичайно, тоді рентгенологія ще не знала, що таке ендоскопія, комп'ютерне забезпечення, ультразвукове дослідження, тож фахівцю треба було покладатися на добрі знання терапії, хірургії, гінекології. Нестор Миколайович вдячний долі, що в лікарській праці пов'язувала його з видатними особистостями – професорами

АДЄІ

З'ЯВИЛИСЯ «СОЛОМОНОВІ ОСТРОВИ»

Холодна і мокра погода, переповнений людьми транспорт та теплі приміщення чудово сприяють розповсюдженню вірусів застудних хвороб. І саме у листопаді збільшується кількість хворих, як на ГРВІ, так і на грип. Щоправда, останнього медики реєструють тільки поодинокі випадки, але щеплення радять робити вже. Яка ситуація в області із вірусними респіраторними захворюваннями, і як вберегтися від грипу розповідає Іван Йовко, завідувач епідемії обласної санепідстанції.

– Чи є в області хворі на грип?

– На гострі респіраторні вірусні інфекції у вересні перехворіли більше, ніж шість тисяч 800 мешканців. У жовтні їх стало ще на дві тисяч триста осіб більше. Найбільше хворих було зареєстровано у Заліщицькому, Тербовлянському, Підгаєцькому, Чортківському, Борщівському районах. У Тербовлянському районі також уже двоє людей перехворіло грипом. У Тернополі протягом жовтня було до 64 випадків ГРВІ на десять тисяч населення, тоді як епідемію оголошують, коли ця

цифра сягає 160 випадків. Тобто ситуація ще не є загрозливою.

– Як найкраще вберегтися від грипу?

– Практикою уже доведено, що найефективніший метод – це профілактичне щеплення. Зараз саме час його робити, щоб за два-три тижні, коли почнуть люди масово хворіти, виробити імунітет в організмі. До речі, дуже добрий результат є тоді, коли на підприємстві щеплено 80 відсотків персоналу. На жаль, зараз держава на це не виділяє коштів, тільки з обласного бюджету перед-

бачено виділити десять тисяч гривень на щеплення для сиротинців.

– Прогнозують, що цього разу з'явиться новий вірус «Соломонові острови», і вакцини проти нього ще немає, тобто щеплення виявиться неефективним?

– Це не так. Новий, модифікований вірус грипу з'являється кожного року. А «Соломонові острови» це той же вірус грипу А, тільки дещо змінений. Тому проти нього ефективні вакцини, які є в аптеках.

– Що може допомогти, крім щеплення?

– Можна закапувати у ніс протигрипозний донорський гемоглоблін,

інтерферон, лаферон. Перед виходом на вулицю треба змащувати слизові носа оксоліновою маззю, вона добре захищає від вірусних інфекцій. Звичайно, треба вживати часник, цибулю, продукти, багаті вітаміном «С», настоянки ехінацеї, женшеню, елетроуоку, пити чай з малиною, калиною тощо. А якщо застудилися, то не займатися самолікуванням, бо грип дає дуже серйозні ускладнення на усі органи та системи. І суворо дотримуватися постільного режиму під час інкубаційного періоду вірусу – три дні під час високої температури та три дні після одужання.

Ольга ПОПОВА

ЧОЛОВІЧИЙ КЛІМАКС

Генетично запрограмований дефіцит тестостерону знижує активність клітин на рівні гіпоталамуса й гіпофіза, які регулюють діяльність ендокринної системи. Виникає гормональний дисбаланс у різний віковий період залежно від індивідуума.

В одних чоловіків андрогенна недостатність починає розвиватися після 40-45 років, у інших — після 60 років. Генетична програма здатності до репродукції має індивідуальний варіант. При фізіологічному її перебігу чоловіки не зауважують початку розвитку андрогенної недостатності. В осіб з нездоровим способом життя (зложивання алкоголем, наркотиками, тютюнопалінням тощо) при хронічних захворюваннях прискорюється розвиток клімаксу, в тому числі патологічного.

Гормон тестостерон необхідний для еякуляції та оргазму. Через рецептори кавернозного тіла він викликає кровонаповнення статевого члена та еякуляції. При розвитку клімаксу еякуляція затягується через низьку концентрацію тестостерону та недостатню продукцію статевих за-

лоз різних секретів. Статевий акт триває довше, виснажує чоловіка. Оргазм вже не приносить того задоволення, яке викликав колись.

У деяких чоловіків дітородна функція зберігається після 60 років, що пов'язано з геномом. У цьому є суттєвий біологічний зміст відповідно до законів природи. Щоб зберегти біологічний вид та генетичний код, самець має мати здатність запліднювати більшу кількість самок. Цим і пояснюється полігамність чоловіків.

При частковому андрогенному дефіциті знижується розумова та фізична активність чоловіка, погіршується пам'ять, сон. Ці явища сприяють прогресуванню атеросклерозу, остеопорозу, збільшується ризик виникнення переломів кісток. Інколи нестача андрогенів проявляється невмотивованою пітливістю, слабкістю, відкладенням жиру у внутрішніх органах. Почасти чоловіки ці зміни пов'язують не стільки з клімаксом, скільки із старістю.

На перше місце в клініці чоловічого клімаксу виходять статеві розлади зі зниженням потенції та захворюваннями сечовидільної системи. Гіперплазія передміхурової

залози (аденома) з порушеннями сечопуску — найбільш характерний симптом. Її виникнення зумовлено дисгормональними розладами. Відчутне похастіння сечопуску, нічне нетримання сечі, приєднання інфекції сечовидільних шляхів тощо.

При патологічному клімаксі втрачається цікавість до жіночої статі, інколи буває тимчасова гіперсексуальність аж до гомосексуалізму та педофілії. Ці явища часто-густо супроводжуються кардіоваскулярними розладами.

Для діагностики андрогенної недостатності та патологічного клімаксу застосовують радіоімунні методи з визначенням в крові концентрації вільного й зв'язаного тестостерону. Більш детальну сексуальну характеристику чоловіка дає одночасне визначення гормонів гіпофіза та гіпоталамусу.

Попередити клімакс неможливо, бо це біологічна закономірність. Єдине, чим можна допомогти чоловікові — це, аби клімакс прийшов пізніше та не став патологічним. Біда полягає ще в тому, що недуга співпадає з виходом на пенсію, соціальною ізоляцією особи. Інколи до-

Діагностувати клімакс у жінок відносно легко. Розвиткові менопаузи передують розлади менструального циклу. У деяких жінок з'являються такі симптоми, як порушення менструального циклу, приливи, артеріальна гіпертензія, кардіалгія, серцебиття тощо. Зупиниться менструальний цикл — наступить клімакс. Набагато складніше діагностувати його у чоловіків, у яких досить довго зберігається здатність до репродукції. В газетних публікаціях повідомляють, що у відомого артиста, бізнесмена, якому вже й за 60 років, народився син чи донька. Між тим чоловічий клімакс, як і жіночий, генетично запрограмований. У процесі старіння чоловічого організму під контролем генома знижується продукція чоловічого статевих гормонів тестостерона. Це — пусковий механізм клімаксу і не залежить від волі людини. Оскільки продукція андрогенних гормонів знижується у більшості випадків досить повільно, то це не викликає патологічних симптомів. Тільки у невеликої кількості чоловіків діагностують патологічний клімакс.

дається втрата родичів і близьких. Ось чому необхідно насамперед вести здоровий спосіб життя. Важлива психотерапевтична підтримка з відповідною корекцією. В сім'ї повинна бути дружня атмосфера. Чоловік має відчувати, що дуже потрібен дружині, дітям, внукам, рідним.

Зберегти статеву активність на деякий період і знизити патологічні симптоми клімаксу допомагають активні фізичні вправи та праця, які приносять задоволення. Їжа має бути збалансована, з достатньою

кількістю мікроелементів і вітамінів Е та С. Стимулятором андрогенної функції є вітамін Е. Вітамінотерапію поєднують з гормонотерапією. Саме вона підсилює продукцію андрогенів.

При патологічному клімаксі необхідна консультація з урологом і ендокринологом. Залежно від гормонального дзеркала організму та резерву гормонів застосовують або гонадотропні гормони, або при їх виснаженні — тестостерон.

**Борис РУДИК,
професор ТДМУ**

ТУТ ЛЮДЯМ ПОВЕРТАЮТЬ НАДІЮ

У житті трапляється всяке. Певного часу людині може здаватися, що все в неї добре — є і сім'я, заради якої варто працювати, і улюблена робота, і вірні друзі. Та за один день все може повернутися з ніг на голову — нещасний випадок може назавжди прикувати до ліжка навіть найсильнішу як у моральному, так і у фізичному сенсі людину. Та все ж воля до життя почати творити дива. І навіть інваліди, які позбулися кінцівок, сьогодні мають змогу не лише встати на ноги, а й повернутися до повноцінної праці. У нашому краї допомагають їм у цьому спеціалісти центру протезування та реабілітації інвалідів «Разан». Про це — розмова з його директором Олександром ЦІСАРЕМ.



— Олександр Миколайовичу, розкажіть, будь ласка, про основні напрямки діяльності вашого підприємства.

— Центр протезування та реабілітації інвалідів «Разан» розпочав працювати 2001 року. Ми є приватною структурою, проте щорічно укладаємо договори із державним промисловим об'єднанням «Укрпротез» про безкоштовне виготовлення засобів реабілітації для людей, які згідно з чинним законодавством мають на це право. Безкоштовно нашими виробами забезпечуємо інвалідів усіх груп, людей похилого віку, дітей до 18 років, осіб, які навчаються на денній

формі у загальноосвітніх професійних і вищих навчальних закладах, а також осіб, які перебувають у лікувально-профілактичних закладах на стаціонарному лікуванні, потребують протезно-ортопедичної допомоги, але не мають групи інвалідності. Здебільшого працівники нашого центру займаються виготовленням протезів верхніх та нижніх кінцівок та ортезів, тобто апаратів, які допомагають при лікуванні ортопедичних захворювань, деформацій постави чи кінцівок, ліквідації наслідків різноманітних травм (переломів, вивихів кісток, ушкодженні м'язово-зв'язкового апарату), парезах, паралічах та захворюваннях, для лікування яких необхідно відновити або скоректувати втрачені чи порушені функції опорно-рухового апарату

людини. Крім цього, виготовляємо корсети, ортопедичні пояси, коректори постави, до- та післяпологові бандажні пояси, головотримачі, м'які пов'язки з неопрену, які у випадку травм використовують професійні спортсмени, профілактично-ортопедичні устілки для лікування плоскостопості та інше. Усі вироби виготовляємо із якісних матеріалів за допомогою сучасного професійного обладнання, вони мають хороший дизайн, є легкими й зручними у застосуванні. Протези та ортези робимо за індивідуальними мірками, і під час носіння є здебільшого непомітними для інших людей.

— Як часто до вас звертаються інваліди з ампутованими кінцівками і чи можна завдяки протезуванню повернути їх до повноцінного життя?

— Послугами нашого підприємства вже скористалися майже чотири тисячі людей. Двома з половиною тисячам із них необхідні вироби було надано безкоштовно, тобто за державний рахунок. За рік виготовляємо в середньому 150 протезів кінцівок. Приблизно двадцять відсотків людей, які ними користуються, продовжують працювати та виконувати принаймні не менший обсяг робіт, ніж їх фізично здорові колеги. За допомогою протезів нижніх кінцівок значна частина наших клієнтів, яким за тих чи інших обставин було ампутовано ногу, продовжують нормально пересуватися і навіть можуть бігати. Словом, після ампутації кінцівок ці люди не лише не втратили сенс життя і не впали у глибоку депресію, а й продовжили, як годиться, працювати. На підтвердження своїх слів розповім кілька життєвих історій, які трапилися з нашими клієнтами. Один з них внаслідок нещасного випадку на будівництві втратив ногу. Але після протезування відчув, що може нормально ходити, тому відмовився покидати улюблену роботу. Як мені відомо, він і надалі продовжує працювати будівельником, непогано заробляє та майже не відчуває дискомфорту від використання протезу. Інший же клієнт став після протезування нашим працівником. Молодий здоровий хлопець втратив ногу, але згодом зрозумів, що навіть з протезом може повноцінно працювати. І ось уже п'ять років він трудиться у нас протезистом і власним прикладом демонструє інвалідам, які звертаються до нас за виготовленням протезів, що ампутація кінцівки аж ніяк не ставить хрест на житті людини.

Хотілося б ще наголосити на тому, що радянські методики лікування, згідно з якими інваліди отримували протези лише через півроку після ампутації, нині вважають застарілими або й узагалі помилковими.



Адже від тривалого сидіння чи лежання у більшості людей відбувається атрофія м'язів та деяких суглобів, і в такому випадку навіть з протезом вона вже не зможе повноцінно пересуватися. Нині оптимальний термін для встановлення протезу — місяць-півтора після зняття швів.

— Останніми роками педагоги все частіше б'ють на сполох через те, що у значній кількості їх вихованців через тривале сидіння за незручними партами деформується постава і розвиваються різноманітні пов'язані з цим захворювання. Як ви можете допомогти у розв'язанні цієї проблеми?

— Справді, зараз ця проблема є надзвичайно актуальною. Вже зараз дослідження розвитку ортопедичних захворювань серед молодших школярів вражають та неабияк лякають. Лише уявіть — з двадцяти п'яти дітей, які йдуть до першого класу, десятеро уже мають певні порушення постави. А серед другокласників ця цифра збільшується вдвічі. Тобто лише за перший рік сидіння за партами десять з п'ятнадцяти перед тим здорових дітей заробляють собі досить серйозні захворювання постави. Для розв'язання цієї проблеми у школах потрібно встановлювати новітні парти та стільці, які запобігають розвитку ортопедичних захворювань, а також використовувати спеціальні коректори постави. Тим же школярам, в яких уже почали розвивати-

ся подібні хвороби, пропонуємо використовувати спеціальні ортези для корекції постави. Співпрацюємо не лише із загальноосвітніми школами, але й зі спеціальними навчально-виховними, а також лікувальними закладами. Серед них — школа для дітей, хворих на дитячий церебральний параліч, відділення реабілітації дітей обласної лікарні, лікарня кістково-суглобового туберкульозу, що у селі Плотича, лікарня малоінвазивної хірургії, де проводять операції на суглобах та інші.

— Куди потрібно звертатися людині для того, щоб отримати протез чи ортез за державний коштів?

— Цього року процедура отримання наших виробів безкоштовно трохи змінилася. Скажімо, щоб отримати протез, інваліду потрібно взяти відповідний документ від лікаря, згодом прийти обстеження у лікувально-консультативній комісії або медико-соціальної експертної комісії (ці органи визначають інвалідність людини й підтверджують її потребу у певному виробі). Опісля хворий звертається до місцевого управління праці та соціальної політики, і вже ця структура видає остаточне скерування на безкоштовне отримання протезу у нашому центрі. А вартість виготовлення цих виробів нам вже згодом оплачує держава.

**Андрій ДІКАЛЬЧУК
(Фото автора)**

ВЕЧІР ІНДІЙСЬКОГО ТАНЦЮ

У гості до студентів-медиків завітали учасники народного ансамблю індійського танцю «Амріта». Як розповіла його керівник Еліна Абакарова, ансамбль створений 12 років тому. 1999 року колективу присвоїли звання «народний». У репертуарі – індійські танці різного хореографічного стилю: бгарат, нат'ям, катхак, класичні, народні, фірмові... Сама Еліна три роки опановувала мистецтво танцю в приватній школі в Непалі, потім 4 роки навчалася в інституті танцю в Делі, отримуючи стипендію від індійського уряду. Тепер вже вона навчає тих, хто хоче відкривати для себе чарівний світ індійського танцю, а відтак – краще пізнати культуру стародавнього народу.

Такі вечори спілкування й культурного обміну, як цей, що



ту Велла Заверуха та Петро Сорба чудово впоралися з роллю ведучих. Підготувати концерт допомогла організатор культурно-масової роботи Милана Кадиляк, а натхненником

Симпатичні дівчата в індійському вбранні були напрочуд граційними, їх рухи на сцені – на диво пластичними, відточеними. А як завзято вигравали музиканти – студенти медичного факультету нашого ВНЗ, що приїхали на навчання з Індії та Пакистану! Повільну мелодію змінювала швидка, життєрадісна, потім знову звучала проникливо-лірична...

Глядачів, які зібрались того вечора в актовій залі ТДМУ чекала цікава й різноманітна концертна програма. А назвали свято «Вечір індійського танцю». І присвятили його Міжнародному дню студента.



стати пластичним хірургом. Дуже задоволений, що вчиться саме в ТДМУ ім.І.Горбачевського, адже це один з кращих медичних вищих навчальних закладів України, а добра освіта є основним компонентом подальшої успішної кар'єри.

Приємне враження справив на Чоуднурі Тернопіль – невелике, зелене, гарне місто. Дуже задоволений умовами проживання в студентському гуртожитку. Єдина незручність – репетиції доводиться проводити в кімнаті. «Було б чудово, якби нам виділили для репетицій якийсь куточок у підвальному приміщенні, щоб ми могли там грати, не заважаючи сусідам», – поділився своєю мрією юнак.

Обравши медицину, Чоуднурі Рупам та його товариші не уявляють свого життя без му-

– Ми разом вже п'ять років.
– А як називається гурт?
– У перекладі українською – «Дика троянда». Граємо рок-музику, виконуємо індійські пісні.



– Як часто виступаєте з такими концертами, як сьогодні?

– Нас запрошують виступити під час якихось студентських святкувань. Останнього разу грали, коли всі разом святкували Дівалі. У нас в Індії це дуже велике релігійне свято. Нинішній наш виступ присвячений Міжнародному дню студента.

Чоуднурі розповів, що родом з міста Ассам. Батько – інженер, мати – викладач, він сам мріє

зика і є її щирими поціновувачами.

Вечір індійського танцю став справжнім міні-фестивалем індійського мистецтва, подарувавши глядачам естетичну та емоційну насолоду. А гарний відпочинок для студентів – чудовий стимул до подальшого навчання.

**Оксана БУСЬКА,
Ярослав СТАРЕПРАВО (фото)**

— | î à è î è | —

КРОВ В ІМ'Я ЖИТТЯ

Нині в Україні надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги під час тяжких гострих та хронічних захворювань, при невідкладних станах, а також у надзвичайних ситуаціях (стихійне лихо, техногенні катастрофи тощо) неможливе без наявності у лікувально-профілактичних закладах гемотрансфузійних середовищ. Так, на базі Березанського агротехнічного інституту за сприяння та допомоги викладачів і медсестри Люби Попович нещодавно виїзна бригада Тернопільської обласної комунальної станції переливання крові провела День донора – для заготівлі крові, необхідної для виготовлення ургентних гемостатичних препаратів. У ньому добровільно взяли активну участь студенти, які не байдужі до чужого горя й біди.

Важко передбачити, кому з нас буде потрібна допомога донора. Кров для переливання може знадобитися нам самим, нашим рідним, дітям. Для здорової людини донорство не є шкідливе, а навіть корисне, а ще – може врятувати життя десяткам і сотням людей. Стати донором – це обов'язок кожної здорової людини.

**Оксана ФЕДУРУК,
завідуюча відділом
переливання крові**

Є НА СВІТІ ДОБРІ ЛЮДИ

Буцацька районна організація Товариства Червоного Хреста, яку очолює Д. Кохановська, бере активну участь у проведенні акцій милосердя. За словами її голови, постійну підтримку і допомогу організація отримує від перших керівників району, відділу охорони здоров'я. Великою опорою в роботі є центральна комунальна районна лікарня, зокрема, головний лікар П. Казмірук та його заступник О. Мельник, головний лікар Золотопотіцької лікарні В. Понтус, головні лікарі дільничних лікарень та завідувачі ФАПами.

Районна червонохресна організація існує й допомагає соціально незахищеним верствам населення завдяки членським внескам і добровільним жертвам. На щастя, людей з добрим серцем, небайдужих до чужої біди і серед представників влади, і серед підприємців є чимало.

Надія ГОРОШКО

ДО ГАЗУ ЩЕ Й ТЕЛЕФОН

У Збарзькому районі цього року газифіковано вісім лікувальних закладів. Тривають роботи з газифікації ФАПу у селах Красносельці, Шили. Без блакитного палива наразі залишається ще 15 ФАПів та амбулаторія сімейного лікаря в Залісцях.

Усі лікувально-профілактичні заклади забезпечені холодильним обладнанням, але 17 фельдшерських пунктів все ще без телефонного зв'язку.

Оксана Буська



відбувся в нашому університеті, стирають тисячі кілометрів, що розділяють наші країни. Глядачі, серед яких було чимало студентів з Індії, Пакистану та

та організатором вечора заслужено називають заступника проректора з виховної роботи і соціальних питань Галину Крицьку.

Після концерту я зустрілася з його учасником – студентом 5 курсу медичного факультету Чоуднурі Рупам. Усміхнений, ввічливий юнак грає на електро-



інших країн, дуже тепло сприймали кожен виступ. Для когось це була екзотика, а для когось – своє, рідне, знане з дитинства.

«Пушнанджахлі», «Гат», «Анардана», «Лаган», «Пенджабі», «Гавайський танець»... Вже самі назви конкретних номерів – барвисті, колоритні – випромінювали якусь особливу енергетику. А музика створювала особливий звуковий простір і пробуджувала в душі найкращі почуття. «Який гарний концерт!» – ділилися враженнями глядачі.

Студенти нашого університе-



інструменті, гарно розмовляє українською мовою, що викликало до нього ще більшу повагу. Розмова, звісно, почалася з питання про музику.

– Ви з друзями дуже гарно грали. Як давно існує ваш колектив?

ВТОРИННИЙ ОСТЕОПОРОЗ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Учасників зібрання привітали президент Української асоціації остеопорозу Владислав Поворознюк, головний ревматолог МОЗ України Олег Борткевич, ректор ТДМУ, заслужений діяч науки і техніки України, член-кореспондент АМН України, професор Леонід Ковальчук. У вступному слові Леонід Якимович, зокрема, зазначив, що остеопороз нині є надзвичайно актуальним в обширі медичних проблем в Україні, тому вимога часу і мета конференції — виробити спільну тактику у подоланні цієї недуги, обмінятися набутим досвідом.

У сучасному світі значимість захворювання визначається насамперед його поширеністю серед мешканців, тяжкістю перебігу та наслідками, економічними втратами для хворого, сім'ї і суспільства загалом. Саме з цих фундаментальних позицій на конференції розглядали остеопороз — системне метаболічне захворювання скелета, яке характеризується зниженням маси кісткової тканини та порушеннями мікроархітектури її будови, що знижує щільність кістки і збільшує ризик переломів. На думку експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, остеопороз нині є одним з найпо-



Леонід КОВАЛЬЧУК, ректор ТДМУ, професор

досвідчені науковці та молоде покоління вчених досліджують структурно-функціональні зміни кісткової тканини при розмаїтих захворюваннях внутрішніх органів. Багаторічним досвідом з цього питання тернопільські науковці діляться з колегами на сторінках наукових медичних журналів та під час виступів на міжнародних всеукраїнських конференціях. Сприяє роботі у цьому вимірі й університетський «Центр остеопорозу», який нині займає одне з провідних місць у діяльності Української асоціації остеопорозу. Таким є загальний портрет та суть предмету, що розглядали на форумі. Але найбільш розгорнуто обрис цієї патології вималювалися у доповідях, наукових дослідженнях та повідомленнях учасників конференції.

Так, у доповіді члена-кореспондента АМН України, професора Леоніда Ковальчука у співавторстві з професором Світланою Сміян «Вторинний остеопороз: патогенетичні механізми формування і прогресування, клініко-інструментальні та біохімічні маркери ранньої діагностики, профілактика і лікування (за результатами власних досліджень)» наведені дані міжкафедральної десятилітньої науково-дослідної роботи з використанням архівної бази даних пацієнтів (10060 осіб). Особливої уваги приділено науковим розробкам останніх п'яти років, продемонстровані досяг-

нення в хірургічній клініці, де встановлений вплив різних методів хірургічних втручань при виразковій хворобі на стан МЩКТ і доведено, що органозберігаючі й малотравмуючі оперативні втручання мають достовірні переваги перед операціями Більрот-I і Більрот-II щодо виникнення остеодіфіцитних станів. Щодо клініки внутрішніх хвороб, то тут особлива увага приділялася імунокомплексним захворюванням, таким як системний червоний вовчак, анкілозний спондилоартрит, ревматоїдний артрит, остеоартроз. Показана висока поширеність ОП серед вказаної когорти пацієнтів, що робить цю проблему надзвичайно актуальною. Водночас констатовані позитивні зрушення в лікувальній тактиці за умов урахування остеонегативного впливу як самого захворювання, так й методів лікування з використанням остеотропних та кальцієвмісних препаратів.

У виступі президента Української асоціації остеопорозу Владислава Поворознюка було акцентовано увагу на проблемі остеопорозу в Україні та світі, основних методах щодо лікування та профілактики цієї патології. Промовець окреслив коло перспективних напрямів щодо наукових досліджень і розробок у подоланні недуги. А ще Владислав Володимирович повідомив новину — 20 жовтня, коли в світі відзначали День боротьби з остеопорозом, у Києві була створена Українська асоціація пацієнтів, хворих на остеопороз. Вибрали й правління цієї організації, до якої увійшли ініціативні недуужі люди та відомі в цій галузі науковці і лікарі.

Представник Інституту ендокринології (м. Харків) Ірина Гопкалова оприлюднила на конференції експериментальні дані, отримані при індукції гіпертеріозу у щурів. Дослідження виявили істотні зміни в формуванні кісткової тканини за умов цієї патології. Результати наукових спостережень можуть стати підґрунтям для розробки сучасних методів у лікуванні патології кісткової тканини у людей хворих на гіпертеріоз.

А у доповіді завідуючої відділенням морфології кістки Інституту ортопедії (м. Харків) Нінель Дедуш прозвучали фундаментальні дані

щодо ремоделювання кісткової тканини при вживанні глюкокортикоїдів при глюкокортикоїд-індукованому остеопорозі. Цікавою для присутніх виявилася й доповідь тернопільського науковця, професора Лілії Мартинюк, в якій йшлося про сучасний стан такої патології, як ренальна остеодистрофія. Друге секційне засідання було присвячене діагностиці вторинного остеопорозу. Професор кафедри онкології Тернопільського медуніверситету Ігор Жулкевич розповів про власні дослідження стану мінеральної щільності кісткової тканини у онкохворих та при гематології. Доцент кафедри хірургії з ортопедичною травматологією ТДМУ Юрій Сморошок мовив про алгоритм діагностики та лікування розсіяючого остеондриту колінного суглоба у фазі фрагментації в контексті профілактики деформуючого остеоартрозу. Йшлося на форумі й про лікування та профілактику вторинного ОП. Цікавими з цього погляду для присутніх були доповіді професора Владислава Поворознюка «Фізична реабілітація в комплексному лікуванні остеопорозу», молодого науковця Людмили Мазур «Порушення мінеральної щільності кісткової тканини та їх корекція у хворих на цукровий діабет».



Світлана СМІЯН, професор ТДМУ

З доповіддю «Проблеми остеондропротекції в ревматології» виступила професор Світлана Сміян. Зокрема, вона зазначила необхідність використання структурно-модифікуючої терапії у хворих з подагрою, остеоартрозом, псоріатичним артритом, анкілозним спондилоартритом, ревматоїдним артритом у вигляді хондропротекторів, що впливають на пригнічення деструкції хряща. Також науковець переконливо довела необхідність моніторингу МЩКТ у хворих ревматологічного профілю, раннього призначення кальцієвмісних і остеотропних препаратів з метою профілактики та лікування ОП. Доповідь була побудована з використанням клінічних прикладів, які засвідчили, що нерегулярне використання терапії призводить до негативних наслідків, тому ревматичні захворювання за своєю суттю є невиліковними, а тому лікування повинно бути тривалим. Жаву дискусію у присутніх вик-



Микола ШВЕД, професор ТДМУ

ширеніших захворювань, яке поряд з інфарктом міокарда, інсультом, раком і раптовою смертю поспіло одне з чільних місць у структурі захворюваності та смертності населення. Епідеміологічні дослідження довели, що немає раси, нації, країни, яких не торкнулася б рука «німого крадія», як ще часто називають цю хворобу. І якщо раніше мова йшла про первинний остеопороз, то зараз дедалі частіше серйозною медичною проблемою є вторинний ОП, який є супутником старіння організму та різноманітних захворювань: ревматологічних, ендокринних, онкологічних, а також обструктивних захворювань легень і бронхіальної астми, недуг нирок, органів шлунково-кишкового тракту, триваломо прийомі медикаментів.

Щоправда, для науковців Тернопільського медуніверситету ця тема не є новою — в нашому ВНЗ проблемами вторинної форми ОП займаються вже понад десять років,



Понад сто п'ятдесят науковців та практикуючих лікарів представляли медичні й навчальні заклади України на науково-практичній конференції «Вторинний остеопороз: епідеміологія, клініка, діагностика, профілактика та лікування», що відбувалася в НОК «Червона калина» на початку листопада. Науковий форум пройшов під егідою Академії медичних наук України, Міністерства охорони здоров'я України, Української асоціації остеопорозу, Української асоціації менопаузи, андрології та захворювань кістково-м'язевої тканини, Асоціації ревматологів України, Української асоціації ортопедів-травматологів, науково-медичного товариства геронтологів та геріатрів України.

ликало повідомлення про зміни МЩКТ у хворих на гіпертонічну хворобу та оцінку впливу гіпотензивної терапії на кісткову масу. Обговорення було продовжене в контексті доповіді доцента Надії Яреми. Цікавими виявилися факти поширеності ОП серед хворих неврологічною та психіатричною патологією, в педіатричній практиці та серед пацієнтів з туберкульозом. У рамках наукового форуму відбулося п'ять сателітних симпозиумів, на яких, зокрема, обговорювали такі питання, як менопауза, андрологія та захворювання кістково-м'язевої системи, препарати кальцію та вітаміну Д у профілактиці та лікуванні вторинного остеопорозу, інноваційні технології в лікуванні вторинного остеопорозу та інші.

Уперше від часу проведення науково-практичних конференцій було організовано конкурс робіт молодих вчених. Молоді науковці представили дані власних досліджень щодо змін кісткової тканини при розмаїтих захворюваннях. Кваліфіковане журі, до складу якого ввійшли відомі люди — професор Нінель Дедуш, президент Української асоціації остеопорозу Владислав Поворознюк, професори ТДМУ Лілія Мартинюк, Світлана Сміян, Микола Швед — оцінювало роботи. Лауреатом I премії стала Лариса Мартинюк, доцент кафедри внутрішньої медицини ТДМУ, та Наталія Дзерович, молодший науковий співробітник відділення фізіології та патології рухового апарату Інституту геронтології (м. Київ). II премія дісталася Людмили Мазур, асистенту кафедри внутрішньої медицини ТДМУ, III — розділили Оксана Слюсаренко з Інституту геронтології (м. Київ) та Юрій Тугаров, лікар-травматолог лікарні швидкої допомоги (м. Тернопіль). Нагороджених I премією чекає безкоштовна поїздка на міжнародний конгрес «Соціально-економічні наслідки остеопорозу», який відбуватиметься в Стамбулі 9-12 квітня 2008 року, інші призери отримали грошові винагороди.

Крім роботи у пленарних та секційних засіданнях, учасники конференції мали змістовний та гарний відпочинок — відвідали духовні місця Свято-Успенської Почаївської лаври.

**Лариса ЛУКАЦУК,
Ярослав СТАРЕПРАВО (фото)**

Ще зовсім недавно цілком нешкідливим вважались такі ліки, як парацетамол. У нас і зараз активно рекламують як найбільш безпечні та ефективні препарати, що містять парацетамол. Але чи коректна така реклама?

За даними журналу «Штерн», щорічно майже 30 тисяч громадян Великобританії отримують хронічні захворювання печінки через надмірне вживання парацетамолу. З вересня 1997 року на упаковці парацетамолу в цій країні розміщено попередження про небезпеку його передозування. У великих об'ємах ліки будуть продавати лише за рецептом. Такий об'єд мають намір застосувати й у Німеччині, де через передозування парацетамолу померла трирічна дівчинка. Приймання ацетамінофена (парацетамолу) в максимально рекомендованих дозах може призвести до ушкодження печінки, до якого висновку дійшли вчені з університету Південної Кароліни після завершення дослідження за участю 145 здорових добровольців, – повідомляє Journal of the American Medical Association. У чому ж суть?

Катерина ПОСОХОВА,
завідувач кафедри
фармакології з клінічною
фармакологією



Проф. Катерина ПОСОХОВА

Підвищення температури тіла, яке є корисною імунною реакцією організму, часто спричиняє значне занепокоєння в батьків дитини з гіперпіретичною реакцією і ґрунтується на страхах, що температура може призвести до серйозних пошкоджень. Температурофобія була вперше описана Schmitt у 1980 р. Вже тоді зазначали, що безвідповідальний страх перед температурою у дітей і наступне агресивне намагання її лікувати є справжньою епідемією серед батьків і може призводити до зловживання антипіретиками з наступним розвитком їх токсичності. Проте протягом наступних 27 років ставлення батьків до підвищення температури у дітей істотно не змінилось.

До 1963 року, коли група дослідників, яку очолював Reye, вперше описали патологічний синдром (пізніше названий синдромом Рейо або Рея), що супроводжувався енцефалопатією та жировою дегенерацією печінки при застосуванні аспірину для зниження температури в дітей, саме цей засіб був найбільш популярним антипіретичним препаратом в даного контингенту хворих. Після 1980 р., з огляду на надзвичайну важкість цього ускладнення (смертність від якого сягає 20-30 %) в усіх країнах світу відбулася повна заміна аспірину на парацетамол (Пар) для зниження температури у дітей.

І сьогодні на педіатричному антипіретичному ринку домінують препарати Пар, тому що його безпечність та ефективність добре вивчені. В Україні кількість монопрепаратів Пар та його комбінованих форм сягає 60 найменувань. Коли Пар призначається належним чином, він має значно вищий профіль безпечності у порівнянні з іншими анальгетиками-антипіретиками і ефективно використовується у сотень мільйонів дітей останні 40 років. Разом з тим, ми маємо обмежені відомості щодо його фармакокінетики та фармакодинаміки у дітей. Дози та токсичний потенціал Пар є різними у дітей та дорослих.

Пар був відкритий у Німеччині в кінці 19 ст., але не був широко застосований до середини 20 ст. У 60-х–70-х роках 20 ст., коли почала реєструватись токсичність інших анальгетиків, Пар був визнаний як безпечний препарат при застосуванні його у належних дозах. Відтоді вживання Пар поступово зростало, витісняючи більш токсичні препарати, зокрема фенацетин. У північних країнах це зростання склало 5 разів у 1978-1988 рр. У 1994/95 рр. рівні споживання Пар у деяких розвинутих країнах становили 20 г/лю-

дину на рік (хоча в Англії, США, Канаді воно було менше 8 г/людину на рік). До 1966 р., коли вперше було повідомлено про гепатотоксичність Пару, він навіть не підлягав обов'язковій перевірці на токсичність, як це сьогодні вимагається для всіх препаратів, які впроваджуються у клініку.

Препарати парацетамолу, представлені на українському фармацевтичному ринку:

Моно:

Мілістан, альдолор, доломол, калпол, медипірин, панадол, паралгет, парацет, піранол, спазмолекс, тайленол, тімінол, цефекон, ефералган.

Комбінації:

Антикарал, гриппоцид, далерон, колдакт флю, кофан, лугаколд, мілістан мульти, мілістан синус, паравіт, парафекс, ринза, зелід плюс, зероколд, колд-ікс, колдрекс, колдрекс хотрем, блекартан фейвор, лемон флейвор, комбігрип, комбінекс, комбіспазм, мексавіт, меноспаз, неколд, новалгін, ньюкол плюс, панадол, парацет, паркофен, піранол плюс, рекофаст плюс, саридон, солпадеїн, стоп-флю, диетимол, терафлю, тофф плюс, тройчатка, фармадол, фармацитрон, фемізол, фервекс, ефералган, флюбен, флюколд, флюколдкс, циклопар, цитрамон екстра, ефект флу, анальгет, антифлу, атаралгін, гевадал, грипекс, гриппоколд, грипостад, грипустоп, грипфлю, доларен.

З середини 70-х років 20 ст. відмічено зростання кількості випадків передозування Пар, який у 90-х роках в Англії був речовиною, яку найчастіше використовували з метою навмисного самоотруєння. Зокрема, лише в Оксфордї частка передозувань Пар чи Пар-вмісних препаратів зросла за 20 років з 14 % до 48 % серед усіх отруєнь. Річна кількість смертей у всіх країнах світу при застосуванні Пар за 10 років (1987-1997 рр.) збільшилась у 4 рази, що становило шосту частину смертних випадків внаслідок транспортних інцидентів. Відмічено пряму залежність між рівнями продажу Пар і кількістю його передозувань.

ЗНОВУ ПАРАЦЕТАМОЛ?

Хоча більшість випадків отруєння Пар пов'язана з навмисним передозуванням з метою суїциду, частина пацієнтів з токсичними проявами, особливо у дитячій практиці, завдячує неправильному дозуванню при терапевтичному застосуванні або ж випадковому ненавмисному передозуванню. При дослідженні випадків передозування Пар у дітей, молодших 18 років, проведеному в США за період 1988-1997 рр., встановлено, що у 53 % пацієнтів причиною було ненавмисне передозування, у 3 % токсичність розвинулась внаслідок свідомого перевищення дози. Ненавмисне передозування спостерігалось у дітей віком від 2 міс. до 13 років, свідоме передозування – у підлітків, більшість з яких були жіночої статі. Аналіз випадків гострих отруєнь Пар, зареєстрованих у 2000-2003 рр. у Пітсбургському регіональному центрі гострих отруєнь (США) у дітей віком до 18 років, встановив, що ненавмисне передозування Пар найчастіше спостерігалось у дітей віком менше 12 років. Навмисне передозування препарату було більш характерним для дітей віком 13-17 років, причому частіше розвивалось у дівчат, ніж у хлопців (відповідно 87 і 13 %).

У результаті вивчення випадків гострого отруєння Пар, які містять понад 10 000 спостережень, зібраних з 66 центрів контролю гострих отруєнь США, показано, що більшість смертельних випадків отруєння Пар були спричинені спробами самогубства. У 25 % смертельних випадків їх причиною стали ненавмисні терапевтичні помилки та передозування без суїцидальних спроб. Це свідчить про відсутність розуміння пацієнтами або тими, хто за ними доглядає, особливостей застосування цього препарату. Упевненість у безпечності Пар може стати причиною неправильного його дозування та помилок у розпізнаванні симптомів отруєння. Зважаючи на те, що симптоми інтоксикації Пар є неспецифічними, діагноз та лікування у випадку ненавмисного отруєння, як правило, відстрочені.

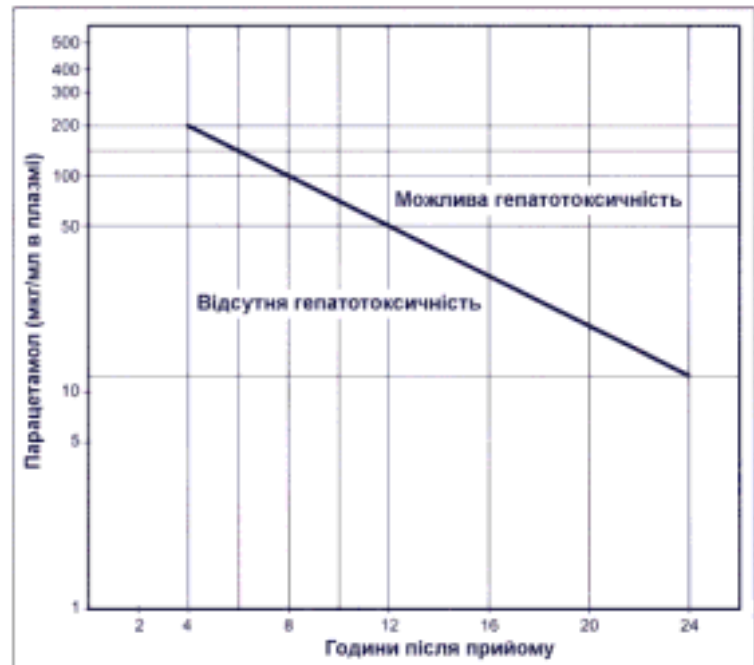
Відомо, що провідним симптомом отруєння Пар є ушкодження печінки. У дослідженні, проведеному в одному з австралійських госпіталів у 1985-1990 рр., вказується на 306 госпіталізацій, зв'язаних з передозуванням Пар, з яких тяжке ураження печінки (діагностоване за рівнем АлАТ>45 од/л, протромбінового часу>18 сек. та наявністю енцефалопатії) зустрічалось у 7 % випадків, але жоден пацієнт не потребував печінкової трансплантації. Аналогічне дослідження, проведене в Англії у 1987-1993 рр., показало, що у 30 % пацієнтів з діагнозом «гостре ураження печінки внаслідок передозування Пар» були показані для печінкової трансплантації.

Незважаючи на те, що в цілому токсичні ефекти при застосуванні Пар зустрічаються не дуже часто, ризик розвитку гострого отруєння Пар у дітей є вищим, порівняно з дорослими, внаслідок надзвичайно широкого його застосування у цього контингенту пацієнтів. Важливим є і те, що передозування Пар у дітей, яке призводить до токсичного ураження печінки та енцефалопатії, частіше буває фатальним. Поріг тяжкої гепатотоксичності у

дітей варіює, хоча гепатотоксичними вважаються дози, які перевищують 150 мг/кг. Досвід показує, що хоча діти раннього віку можуть бути стійкими до разових доз, які перевищують цей поріг, гостра інтоксикація в них може розвинути після повторних прийомів терапевтичних або субтерапевтичних кількостей Пар. Ступінь виведення Пар з організму у новонароджених дітей становить 40 %, порівняно з дорослими людьми, у недоношених новонароджених дітей він ще нижчий.

Ризик серйозного ушкодження печінки при передозуванні Пар суттєво збільшується не лише у дітей, але й у дорослих пацієнтів, при відстрочених діагностиці та лікуванні гострого отруєння. Зокрема, при аналізі випадків госпіталізації, зв'язаних з передозуванням Пар, показано, що особи з випадковим передозуванням Пар, яким діагноз встановлювався пізніше і, відповідно пізніше розпочиналось лікування, мали більший відсоток печінкової коми та смерті і більший час знаходились у стаціонарі, порівняно з групою пацієнтів, де Пар використовувався з метою суїциду і де дії медиків були більш швидкими. Причому засто-

ватковий рівень Пар при гострому отруєнні також не може бути достатньо об'єктивним критерієм прогнозу. Зокрема, підвищений сироватковий рівень Пар спостерігався у 61 % пацієнтів та був низьким або зовсім не визначався у 39 % пацієнтів з точним діагнозом передозування Пар і значною гепатотоксичністю. Це може завдячувати або пізньому поступленню пацієнтів у стаціонар або ж множинному повторному застосуванню невеликих доз Пар. Про подібний низький рівень Пар у сироватці крові повідомляється також у дітей молодшого віку з блискавичною печінковою недостатністю. На протилежність цьому, існує точка зору, що сироватковий рівень Пар, який вимірюється між 4 та 10 годинами після передозування, може бути предиктором гепатотоксичності (Див. рисунок). Якщо сироватковий рівень Пар знаходиться вище лінії номограми, це асоціюється з ураженням печінки; якщо він нижче лінії, це не асоціюється з серйозним ураженням печінки. Користь даної номограми при інтерпретації рівнів Пар після передозування препаратів зі сповільненою швидкістю вивільнення активної речовини не досліджена.



Залежність між концентрацією парацетамолу в плазмі крові та часом, який пройшов з моменту його передозування.

совані дози у першому випадку були наполовину меншими, ніж ті, що використовувались з метою суїциду.

Хоча гепатотоксичними вважаються дози Пар, які перевищують 150 мг/кг, і рівень Пар у сироватці крові через 4 год після вживання його останньої дози вважається орієнтиром для вирішення питання про призначення антидотної терапії, предикторами тяжкості ураження печінки не можуть служити ні застосована доза Пар, ні його сироватковий рівень. Це підтверджується повідомленнями про те, що ураження печінки в дітей з вже існуючою патологією печінки розвивалось при застосуванні більшої дози Пар, ніж в групі дітей зі здоровою печінкою. Прийнята доза Пар не може бути корисним параметром для прогнозування тяжкості гепатотоксичності не тільки тому, що в момент діагностики її тяжко буває визначити, але й тому, що можливі випадки множинного повторного застосування препарату і/або поеднання його з блюванням. Сиро-

Багато випадків гепатотоксичності Пар, про які повідомляється, у дітей завдячують сумарному впливу при повторному застосуванні препарату, а не гострій інтоксикації, що розвивається при одноразовому масивному передозуванні. Причому тяжка токсичність зареєстрована, незважаючи на низькі рівні Пар у сироватці крові (як тут не згадати про повторні неодноразові призначення Пар дітям з намаганням будь-якою ціною знизити підвищену температуру). Якщо ж концентрації препарату в крові знаходяться в діапазоні токсичності (Див. рисунок) при тривалому його призначенні – це є зловісною знахідкою, яка асоціюється з високим ризиком смерті.

Медицинний працівник повинен думати про токсичність Пар у кожної дитини, яка отримувала Пар і має ознаки гострої печінкової дисфункції, навіть якщо концентрація Пар в крові не знаходиться на токсичному рівні.

ДАЛІ БУДЕ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ, ВИХОВНЕ ТА ЮРИДИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

(Продовження. Поч. у №21)

Історія хвороби, інші первинні медичні документи протокують всі дії медичних працівників з надання хворим діагностично-лікувальної допомоги. Саме з історії хвороби можна судити про необхідність, своєчасність, а, отже, правильність всіх діагностично-лікувальних заходів. У цьому полягає найважливіше юридичне значення історії хвороби, інших медичних документів.

Описуючи в історії хвороби, амбулаторній карті, іншому документі стан хворого, діагноз і призначене йому лікування, лікар завжди повинен мати на увазі правове значення документа, якого він складає, адже записи в ньому, особливо у випадках травми, у самому широкому тлумаченні цього поняття, можуть являти собою суттєвий інтерес для слідства. У зв'язку із зазначеним, такі записи необхідно проводити з урахуванням вимог, що пред'являються до них, як до джерел доказів.

Запроваджуючи вперше у практику написання історії хвороби, один з основоположників терапії М.Я. Мудров писав: «Історія хвороби повинна мати гідність точного описування про те, що трапилося... Вона повинна бути правдивою. Лікарю належить писати її ретельно, подібно живописцю, який найтонші риси та тіні зображав на обличчі людини».

Звісно, що чим повніший та об'єктивніший зміст історії хвороби, тим легше встановити за ним той чи інший факт, який цікавить слідство. Так, в історії хвороби фіксують точний час вступу пацієнта в стаціонар. З його слів чи зі слів супроводжуючих його зазначають час і місце отримання ушкодження та обставини чи умови, за яких вони були отримані. Важлива інформація, необхідна для розслідування злочину, може бути також у супровідному документі станції швидкої допомоги, з яким потерпілий вступає до стаціонару.

Найбільше значення для розслідування злочинів проти здоров'я та життя людини мають дані історії хвороби, що стосуються опису ушкодження. Властивості об'єктивних змін, виявлених у потерпілого, є для лікуючого лікаря підставою і для виставлення діагнозу, і для вибору раціональних методів лікування.

Досліджуючи ушкодження, лікар-лікувальник визначає їхні морфологічні прояви: синяки, рани, вивихи, переломи тощо; аналізуючи властивості ушкодження, він вирішує питання про їх походження (від дії тупого чи гострого предмета, від вогнепальної зброї і т.п.). Усі об'єктивні дані повинні фіксувати в історії хвороби. При цьому не можна підмінити опис особливостей ушкодження (наприклад, «веретенноподібна чи довгаста рана розмірами 3,5x0,5 см з рівними неосадненими краями і дуже гострими кінцями без кро-

вовиливів у навколишні м'які тканини») діагнозом «різана рана». Відносно кожного з виявлених ушкоджень вимагається зазначити їх форму, розміри (тільки не «на око»), морфологічні властивості, точну локалізацію (з вказівкою анатомічної ділянки, пізнавальних точок і ліній, а при транспортних травмах, крім того, — відстань від підшви відповідної ступні). Описують форму ран до і після зведення країв, властивості й особливості останніх, а також кінців і дна, стан оточуючих тканин (насамперед — наявність чи відсутність крововиливів у них).

Дані про ушкодження, що містяться в історії хвороби, є у багатьох випадках єдиним джерелом відомостей про них, адже у зв'язку з наступним лікарським втручанням (первинна хірургічна обробка ран, іммобілізація перелому тощо) первісний вигляд травми змінюється (наприклад, забійна рана або вхідний і вихідний кульові отвори в шкірі внаслідок хірургічної обробки перетворюються в різані рани). У подальшому на них впливають і процеси загоєння, що розвиваються.

Надаючи хірургічну допомогу пораненим вогнепальною зброєю, колючими та колючеріжучими предметами, лікар повинен звернути увагу на хід ранового каналу. А при складанні протоколу операції обов'язково задокументувати цей хід в історії хвороби, бо його бачив лише оперуючий хірург. Напрямок ранового каналу визначають щодо трьох умовних площин людського тіла: фронтальної, сагітальної та горизонтальної. Записи про його хід формують, наприклад, так: рановий канал у печінці розташований спереду назад і знизу вгору; рановий канал у правій легені проходить спереду назад, зліва направо і дещо зверху вниз; рановий канал у лівій нирці йде ззаду наперед і т.п. Після операції та загоєння ран у більшості випадків, особливо при ушкодженнях колючими чи колючеріжучими предметами, сліпих вогнепальних пораненнях, уже не можна визначити напрямки ранового каналу. Допомогти можуть лише записи в історії хвороби чи в операційному журналі. Інформація стосовно напрямку ранового каналу надзвичайно важлива для експерта й слідчого. Знаючи напрямок ранового каналу, можна вирішити чимало питань для встановлення істини, особливо щодо механізму травми, взаєморозташування потерпілого та того, хто нападав, про напрямок пострілу тощо.

Згідно зі ст. 76 КПК України для визначення характеру та ступеня тяжкості тілесних ушкоджень обов'язково признається судово-медична експертиза. Проте судово-медичний експерт не завжди має змогу обстежити потерпілого зразу після травми. Частіше це відбувається через деякий час, іноді через декілька днів, коли

під впливом часу і лікування вигляд ушкодження значно змінюється. Нерідко експерту надають історію хвороби через кілька місяців після лікування. Тому висновок експерта з питань, які цікавлять слідство, а саме: про характер ушкодження, механізм їх виникнення, знаряддя травми, ступінь тяжкості, давність (час спричинення) значного мірою, а іноді цілком ґрунтується на даних, які містяться в історії хвороби. Якщо ці дані неповні, або ушкодження описані недбало, з порушенням встановлених правил, то експерт або взагалі не зможе дати відповіді на питання, які перед ним поставлені слідством, або може дати помилковий висновок, що недопустимо, адже може вплинути на судові рішення.

У зазначеному аспекті суттєве значення має опис в історії хвороби та збереження для передачі слідчому сторонніх включень, виявлених в ушкодженнях (вогнепального снаряда — кулі, дробинок, пижа (клейотуха); частини зламаної клинкової ножа чи іншого знаряддя, частинок різних матеріалів і речовин), а також вирізаних країв ран, при судово-медичному дослідженні яких може бути отримана дуже важлива інформація для характеристики знаряддя травми та механізму його дії. Те саме стосується вмісту штучних флегмон ший, суглобів, гранульом. Важливо також описати в історії хвороби стан ампутованої при операції кінцівки чи її частини, видалених травмованих органів тощо.

При експертизі ушкоджень обов'язково повинно бути вирішено питання про ступінь їх тяжкості в юридичному смислі (чи є воно тяжким, середньої тяжкості чи легким). Одним з критеріїв тяжкого тілесного ушкодження є його небезпечність для життя. Небезпечним для життя вважають ушкодження, які самі загрожують життю потерпілої особи у час їх завдання або при звичайному перебігу (без надання медичної допомоги) закінчуються смертю.

Установлення факту небезпечності ушкодження для життя здійснює експерт, як правило, на підставі записів в історії хвороби про клінічні прояви та ускладнення травми, про тяжкість загального стану потерпілого, що підтверджують діагноз. Звідси зрозуміла важливість цих записів для об'єктивності експертного висновку, а отже, і для правильного вирішення справи правоохоронними органами чи судом.

На практиці, проводячи судово-медичну експертизу, часто стикаємося з тим, що з історії хвороби не можна зрозуміти, чим саме обумовлений зазначений у документі важкий загальний стан хворого при нормальних показниках свідомості, нервової діяльності, температури тіла, серцевих скорочень, артеріального тиску, дихання тощо. Про низький рівень діагностично-лікувальної роботи в медич-

ному закладі може свідчити такий приклад (медична карта № 5839/540 Б. районної лікарні на ім'я В.): не кажучи вже про лікуючого лікаря, консилиум лікарів, до складу якого входили, в тому числі травматолог, хірург і невропатолог, не з'ясувавши джерело кровотечі з носа пацієнта, виставив діагноз «відкрита черепно-мозкова травма». Консилиум сприйняв кровотечу з носа внаслідок перелому його кісток за кровотечу через ніс від перелому кісток основи черепа, хоча клінічно та рентгенологічно даних за відкриту черепно-мозкову травму не було. У подальшому це стало підставою того, що суд признав повторну судово-медичну експертизу, адже вважав, що про оцінку тяжкості завданих громадянину В. ушкоджень при первинній експертизі не був врахований відкритий характер черепно-мозкової травми.

Значне місце в історії хвороби відводиться діагнозу. Діагноз (від грец. *diagnosis* — розпізнання) являє собою короткий лікарський висновок про сутність хвороби чи травми (етіологію, патогенез, клінічні та морфологічні прояви), виражений у термінах, прийнятих сучасною медичною наукою. Діагноз, встановлений лікарем-лікувальником в історії хвороби та який є результатом клінічних, інструментальних і лабораторних досліджень хворого, визначає не тільки тактику й методику лікування, а й значною мірою висновок судово-медичного експерта про характер і ступінь тяжкості ушкодження, що є у потерпілого. Діагноз обов'язково повинен обґрунтовуватись об'єктивними даними й записами в історії хвороби про них.

У випадку, коли потерпілий шпиталізований з приводу заподіяних йому ушкоджень, для судово-медичного експерта важливо, щоб в історії хвороби було вказано: вид ушкодження (наприклад, закритий перелом лівої половини нижньої щелепи); його характер та особливості (скажімо, проникає в черевну порожнину колоте поранення передньої черевної стінки з наскрізним ушкодженням стінки тонкої кишки). У діагнозі повинні бути відображені не лише основні ушкодження, а й усі решта (садна, подряпини, синяки тощо), які є у потерпілого. Якщо розвинулися явища шоку, то необхідно зазначити його стадію та ступінь. За наявності крововтрати дається її характеристика з урахуванням результатів лабораторного дослідження крові.

Випадки, коли лікарі стаціонару, крім основного діагнозу щодо переломів кісток кінцівок, ребер, черепа, закритої черепно-мозкової травми, струсу чи забою головного мозку тощо, не описують в історії хвороби численні зовнішні ушкодження, не рідкісні. Наприклад, в історії хвороби № 3361 Ч. районної лікарні на ім'я К. лікуючий лікар не зауважив на тілі пацієнта понад 15 різних уш-

коджень, зокрема саден розмірами до 8x3 см, синяків величиною до 16x11 см тощо. Дивно і те, що у цьому випадку ні консультанти травматолог, невропатолог і навіть консилиум з п'яти фахівців не зазначили на тілі потерпілого численні ушкодження, що свідчить про неналежне обстеження пацієнта в стаціонарі.

У випадках колото-різаних ушкоджень дуже часто в історіях хвороби (як і в інших медичних документах) можна бачити діагноз «ножове поранення». Такі ушкодження справді почасти завдають ножами (складаним, кухонним, шевським, фінським), але знаряддям травми може бути також кинджал, відповідної форми металева «заточка», відламок скла, шматок бляхи та інші предмети. Висновок про знаряддя, яке було використано для завдання ушкодження, звичайно, ґрунтується на результатах спеціального експертного дослідження. Що ж до морфологічних властивостей травми, зауважених у процесі лікарського огляду, то вони дають змогу лише зазначити, що поранення є колото-різаним, або, наприклад, різаним, рубленим тощо. Такий діагноз і повинен фігурувати в медичній документації.

Треба мати на увазі, що кінцевий клінічний діагноз не завжди є точним. При аналізі історій хвороби контрольно-експертними комісіями, патологоанатомами чи судовими медиками іноді виявляється або помилковість діагнозу загалом, або нерозпізнані ускладнення чи супутні хвороби, а також необґрунтованість діагнозу, неправильності та помилки в його побудові й формулюванні (скажімо, замість основного захворювання чи травми зазначається їх ускладнення — шок чи прояв — крововтрата).

Нерідко недостатньо обґрунтовано, на підставі одних скарг хворого ставлять діагноз *струсу головного мозку*, у зв'язку з чим виникають труднощі при кваліфікації цього ушкодження за ступенем тяжкості. Відповідно до «Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень». (МОЗ України, 1995) не підтверджений об'єктивними даними діагноз струсу мозку при оцінці ступеня тяжкості травми не береться до уваги. У зв'язку з цим виникає нагальна потреба зупинитися на цьому питанні докладніше.

Судово-медична практика свідчить, що діагноз «закрита черепно-мозкова травма, струс головного мозку» в історіях хвороби чи в амбулаторних картах зустрічається досить часто. Частото-густо цей діагноз клініцист, що лікував чи консультував пацієнта, ставить без достатніх на те об'єктивних даних. При вступі потерпілого в приймальне відділення лікарні у нього перш за все збирають анамнестичні дані на підставі скарг, іноді допомагаючи йому (часто підсвідомо) навідними запитаннями (чи не втрачав свідомості, чи не було блювоти, судом тощо), на які пацієнт, звичайно, дає лікарю стверджувальну відповідь.

**Анатолій ЗАВАЛЬНЮК,
доктор меднаук, професор**

ДАЛІ БУДЕ

ЗВЕРНЕННЯ

ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

ДО ОРГАНІВ ВЛАДИ, ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ, ПОЛІТИЧНИХ ПАРТІЙ, ВІРУЮЧИХ УСІХ РЕЛІГІЙНИХ КОНФЕСІЙ, ДО КОЛЕКТИВІВ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ТА ЗАСОБІВ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ, ДО УСІХ ГРОМАДЯН ТЕРНОПІЛЬЩИНИ З ПРИВОДУ 70-Х РОКОВИН ВЕЛИКОГО ТЕРОРУ 1937-1938 РОКІВ

Цього року виповнюється 70 років від трагічних подій Великого терору – масових політичних репресій 1937-1938 років. Серед людей ці події називають просто – «Тридцять сьомий рік», і старше покоління розуміє, про що йдеться.

«Тридцять сьомий рік» – це гігантський масштаб сталінських репресій, що охопили всі регіони й усі без винятку верстви суспільства, від вищого керівництва до далеких від політики представників творчої еліти, селян і робітників. Скорботні жнива «тридцять сьомого року» – це більше одного мільйона семисот тисяч осіб, арештованих і вивезених до таборів, це 681 тисяча 692 особи, приговорених без суду і слідства до розстрілу.

Особливо жорстокими репресії 1937 року були в Україні. Після громадянської війни та «червоного терору» 1918-1921 років, придушення селянських

повстань та насильницької колективізації 20-х, знищення українського села Голодомором 1933 року сталінський режим у 1937 році намагався остаточно позбавити Україну національної еліти, технічної та художньої інтелігенції; будь-кого спроможного на інакомислення та опір.

27 жовтня, 1, 2, 3 і 4 листопада 1937 року в урочищі Сандармох – «обычном месте расстрелов» на півдні Карелії енкаведистами було розстріляно більш ніж тисячу в'язнів так званого «Солов'яцького етапу», серед яких було чимало «українських буржуазних націоналістів»: поет, професор Микола Зеров, творець театру «Березіль» Лесь Курбас, драматург Микола Куліш, колишній Міністр освіти УНР Антон Крушельницький, письменники Валер'ян Підмогильний, Павло Филипович, Валер'ян Поліщук, Григорій Епик, Мирослав Ірчан, Марко Воро-

ний, Михайло Козоріс, Олекса Слісаренко, Михайло Яловий, історики академік Матвій Яворський, професор Володимир Чехівський, науковці Степан Рудницький, Микола Павлушков, Василь Волков, Петро Бовсунівський, Микола Трохименко та багато інших...

Роковини Великого терору вперше відзначаються в Україні на державному рівні: 21 травня 2007 року Президент України Ющенко В.А. підписав Указ «Про заходи у зв'язку з 70-ми роковинами Великого терору – масових політичних репресій 1937-1938 років» № 431/2007.

З метою вшанування пам'яті жертв політичних репресій, привертання уваги суспільства до трагічних подій в історії України у зв'язку з 70-ми роковинами Великого терору – масових політичних репресій 1937-1938 років, на підтримку ініціативи громадськості, на виконання згада-



ного Указу Президента України від 21 травня 2007 року. № 431/2007 Тернопільська обласна рада звертається до органів державної влади та місцевого самоврядування Тернопільщини, до громадських організацій та політичних партій, до віруючих усіх релігійних конфесій, до колективів навчальних закладів та засобів масової інформації, до усіх громадян Тернопільщини з пропозицією:

1. Провести протягом листопада-грудня 2007 року в навчальних закладах і закладах культури лекції, бесіди, уроки пам'яті, представлення публікацій, інші заходи з метою висвітлення теми масових політичних репресій 1937-1938 років.

2. Забезпечити широке висвітлення в місцевих засобах масової інформації заходів у зв'язку

з 70-ми роковинами Великого терору масових політичних репресій 1937-1938 років, організацію тематичних публікацій, радіо- і телепередач.

3. Сприяти виданню книг, публікації документів і матеріалів про масові політичні репресії 1937-1938 років, забезпечення надходження зазначених видань до бібліотек та навчальних закладів.

4. Провести 27 жовтня-4 листопада 2007 року в 70-ті роковини масових розстрілів у сталінських таборах українців жалобні громадські мітинги, а також панахиди у церквах усіх релігійних конфесій.

Прийнято на дев'ятій сесії Тернопільської обласної ради п'ятого скликання 17 жовтня 2007 року.

ГОЛОДОМОР

Вдумайтесь у цю сумну статистику. Навесні 1933 року помирало 25 тисяч українців щодня, тисяча – щогодини, 17 людей – щохвилини. Загалом жертвами Голодомору стало від семи до десяти мільйонів осіб, з них – три мільйони діти.

«УКРАЇНА ПАМ'ЯТАЄ – СВІТ ВИЗНАЄ!»

Міжнародний координаційний комітет при Світовому конгресі українців (СКУ) до 75-річчя Голодомору 1932-1933 років докладеться до проведення цими днями заходів «Україна пам'ятає – світ визнає!» Він звернувся до всіх наших співвітчизників, які мешкають у різних країнах, із заявою.

Уся інформація про Голодомор 1932-33 років у різних формах – брошурах, документальних виставках, художніх творах, у панахидах та реквіємах за невинно убитих – має служити подвійній меті, стверджується в цьому обнародованому документі. З одного боку, маємо утвердити правду й пам'ять про мільйони українців, свідомо загнаних у голодну смерть, і з другого – треба домогтися від урядів усіх держав світу та авторитетних міжнародних організацій за судження Голодомору як геноциду, спрямованого проти української нації, яка не мирилася з насильницьким поневоленням України московськими більшовиками.

«Усі ми відчуваємо відпові-



дальність оголосити світові правду від імені тих мільйонів дітей, жінок, чоловіків, яких масово знищено голодом, завдавши смертельного удару генетичному й духовному фондові українців, – підкреслено в заяві. – Лише виз-

наний та засуджений злочин проти нації й людства – за порука того, що він не матиме повторення».

Важливо тепер, на думку авторів заяви, аби українська молодь зрозуміла свою роль у поширенні цієї правди, про те, що вона мусить готуватися надалі вести цю працю, щоб бути «послами правди».

Міжнародний координаційний комітет при Світовому конгресі українців, звертаючись до всіх суцих на землі наших співвітчизників, зазначає, що справа визнання Голодомору геноцидом, не обмежується лише заходами з вшанування 75-х роковин великої трагедії українців. Це має бути постійна та послідовна праця до того часу, доки світ не визнає цю велику правду, цей великий злочин проти українського народу, і що кожна людина, яка живе в Україні, буде знати про цю трагічну сторінку Української історії.

Олег КИЧУРА

ТО БУВ СТРАШНИЙ НАВМИСНИЙ ГОЛОД

То був страшний навмисний голод.
Стріла була така нищівна,
Щоби згромадити стодолу
Колгоспної катівні.
То був страшний навмисний злочин.
Такого ще земля не знала.
Закрили Україні очі
І душу міцно зав'язали.
Сліпу пустили старцювати...



**Прости, народе Божий!
Прости нас, роде замордований,
Лише сирю землею зігрітий!
Царство небесне вам,
душі невинно убійніні!
Господи! Страждання і**

Луна ще досі в оболонях.
Здичавіла українська хата
На березі своїх агоній.
Глуху заставили мовчати,
А то би світ втопивсь в
Славути,
Як божевільно їла мати
Свою дитиноньку майбутню.
Мерцями всіялося поле.
Ні хрестиків, ані могили.
То був такий навмисний голод
Чи, Боже, й ти вже був
безсилий?

**муки народу нашого до
Всевишнього скорботи за-
рахуй
І біди та погибель від
землі української й наро-
ду, нині сущого, відведи.
Нині й повсякчас, і на віки
віків. Амінь!**

МУДРОСЛІВ'Я

РУБРИКУ ВЕДЕ ПРОФЕСОР БОРИС РУДИК

Відповіді у наступному числі газети НЕАІ АІ ДА

ФІЛОСОФІЯ СМЕРТІ

Дорослі бояться смерті, як діти бояться темноти. І в обох випадках страх смерті підігрівають казками.

Ф. Бекон

Смерть — це частина життя, але дуже маленька.

Е. Брільянт

Великі люди вмирають двічі: спочатку як люди, потім як великі.

П. Валері

Думка про смерть віроломна, захоплені нею, ми забуваємо жити.

Л. Вовенарт

Він помер безсмертним.

В. Гюго (про Вольтера)

Про живих говори з повагою, про мертвих лише правду.

Вольтер

Ні один юнак не вірить, що він коли-небудь помре.

У. Гелліт

Все життя є не що інше, як засіб не думати про смерть.

С. Джонсон.

Скільки живеш — стільки вчи-ся, а під кінець вчися ще й вмирати

М. Ебнер-Етенбах

Життя та смерть ходять поруч, але нічого не знають одне про одного.

Е. Кроткий

У житті людини всього три події: народження, життя і смерть. Вона не відчуває, коли народжується, страждає вмираючи і забуває жити.

Ж. Лабрюйєр

Неминучість смерті пом'якшується тим, що ми не знаємо, коли вона прийде до нас; в цій невизначеності є дещо від безконечності і того, що ми називаємо вічністю.

Ж. Лабрюйєр

Людей варто б оплакувати при їх народженні, а не при їх смерті.

Ж. Монтеск'є

Трагедія смерті в тому, що вона перетворюється в долю.

А. Мальро

Смерть милосердна: вона позбавляє нас думок про смерть.

Т. Ренар

Уперше розуміємо про смерть тоді, коли вона забирає людину, яку любимо.

Ж. Сталь

ΝΟΘΟΙ Ε ΑΟΘ²

Бажанья бачити красу Було завжди людським бажаньям. Краси шукало людство, Й тьму красою часто обирало. Засліплене брехливою красою, Покрити золотом й хвалюбою, Воно не бачило краси людської, Краси душевної, краси живої. Коли ж відкрилися їм очі, То зрозуміли, що не хочуть Красивих ідолів шукати, Самі ж красою хочуть стати. Бо та краса, що бачать очі, Приваблива краса поверхні, Не може бути вічна, й досі Цінується краса, що в серці.

Якщо вже жити — не існувати, Якщо вже жити — щасливим бути, Якщо вже жити — життя кохати. Якщо живеш — життя збагнути. Я знаю, можна існувати, І дні за днями рахувати, Мети, бажань, думок не мати До кінця просто доживати. Не можу я таке збагнути — В житті щось треба досягнути, Залишити по собі слід, Бо так помреш уже навик. Ніхто про тебе не згадає В цілому світі, з року в рік. І хто життя так проживає — Нещасний в світі чоловік.

Юлія ДРАГАН,

студентка стоматфакультету

ЦІКАВО

ЗЕЛЕНИЙ ЧАЙ ВБЕРЕЖЕ СЕЧОВИЙ МІХУР

Нове дослідження американських лікарів показало, що компоненти зеленого чаю, про корисні властивості якого відомо вже давно, можуть запобігти ще й розвитку запалення в клітинах сечового міхура. Особливі речовини, катехіни, здатні контролювати процеси запалення в клітинах різних органів, зокрема й сечового міхура.

В дослідженні учені піддавали нормальні й ракові клітини дії перекису водню, який здатний ушкоджувати або вбивати клітини. Крім того, деякі препарати були оброблені основними речовинами, які містяться в зеленому чаї: епігалокатехіном і епікатехіном протягом 23 годин.

Обидві речовини в концентрації, яку в організмі можна досягти шляхом щоденного вживання зеленого чаю, суттєво захищали клітини від запалення й ушкодження.

«Необхідні подальші дослідження, але вже зараз очевидно, що компоненти зеленого чаю можуть лікувати сечовий міхур від захворювань, що виникають у результаті травми або запалення», — розповів доктор медичних наук Майкл Канселор.

КОРИСНІ, АЛЕ БЕЗ ЦУКРУ

Чимало людей стверджують, що сухі сніданки — це здорова їжа і хороше джерело енергії. Крім вуглеводів, вони містять вітаміни і мінеральні речовини, особливо багато в них заліза. Мюслі і суміші із неочищених зерен або зерен із висівками — справжній колодязь клітковини. Проте медики радять, якщо є можливість, варто зупинити свій вибір на виробках без цукру та відучити посипати їх цукром і своїх дітей. Краще додати туди свіжих фруктів або кинути жменя родзинок.

ФОТОВІКНО



Зимовий подих

Фото Олега КИЧУРИ

ВАКУУМНА УПАКОВКА

Призначення вакуумної упаковки — зберігати продукти в максимально свіжому вигляді, однак, позбавлена кисню, вона є прекрасним середовищем для розмноження небезпечних бактерій, повідомляє АР. За даними досліджень, мікроорганізм під назвою Listeria monocytogenes здатний рости навіть у холодних умо-

вах харчових рефрижераторів. Продуктами, в яких може завестися небезпечний мікроб, є молоко, морозиво, м'які сири типу брі або камамбера, м'ясо і м'ясні напівфабрикати, сири овочі, сири або готова птиця, сири або копчена риба. Вчені з Данії дослідили, що за відсутності кисню бактерія стає в 14 разів агресивнішою, тому триває пошук засобів боротьби з нею

Відповіді на сканворд, вміщений у № 21, 2007 р.

- 1. Ява. 2. Тор. 3. Двигун. 4. Талант. 5. Рама. 6. Шевроле. 7. Нянька. 8. Лом. 9. АМО. 10. Рак. 11. Ікона. 12. Іскра. 13. Вир. 14. Ні. 15. Орт. 16. Мі. 17. Ангар. 18. Іго. 19. Ера. 20. Кіо. 21. Трос. 22. Бар. 23. «Астра». 24. Растр. 25. Ас. 26. Буряк. 27. Ага. 28. СТО. 29. Оаза. 30. Яга. 31. Атракціон. 32. Хор. 33. Фара. 34. Страх. 35. Крокус. 36. Кат. 37. Разок. 38. Ар. 39. Кіт. 40. Інд. 41. Кут. 42. Хонда. 43. Рік. 44. Хол. 45. Плі. 46. НЛО. 47. Оса. 48. АТС. 49. Кондор. 50. КРАЗ. 51. Сан. 52. Абат. 53. Уста. 54. Кеос. 55. «Заповіт». 56. Доза. 57. Аз. 58. Су. 59. «Рено». 60. Рикошет. 61. Пірат. 62. Ют. 63. Ата. 64. Ікс. 65. Йокшир. 66. Атакама. 67. Ішак. 68. Внесок. 69. Ванадій. 70. Віко. 71. До. 72. Око. 73. Тент. 74. АН. 75. СК. 76. Ми. 77. «Ока». 78. Каса. 79. М'ясо. 80. Яр. 81. Оноре. 82. Ему. 83. «Ох». 84. Мак. 85. Табу. 86. Мус.

A crossword puzzle grid with various clues and images. Clues include: 2. Голка, 4. М'ясна страва, 5. У поляків - Іван, 6. Командир ковчега, 8. Питий заклад, 9. Обдурованість, 10. Місяць, 11. Грошова одиниця Латвії, 12. Ряд залізничних вагонів, 13. Насел. пункт, 14. Головна артерія, 15. Сто-літник, 16. Чин, 17. Пустельник, 18. Орган зору, 19. Коштовний камінь, 20. Країна зі столицею Ліма, 21. Країна, 22. Місто на Закарпатті, 23. Красно-мовець, 24. Страва під соусом, 25. Теле-канал, 26. Гора у Вірменії, 27. Річка у Польщі, 28. В Англії - титул баронета, 29. Бог сонця, 30. Кімнатна лавка, 31. Невеселий настрий, 32. Рибка, 33. Укр. автобус, 34. [Image of a tennis player], 35. Наук.-технічне об'єднання, 36. Балка, 37. Київський князь, 38. Сто-рона світу, 39. Об'єднання держав, 40. Республіка на Кавказі, 41. Жіноче пальто, 42. Рибоподібна хребетна тварина, 43. Бойовий клич, 44. Авто-мат. система управління, 45. Пістолет, 46. З'їзд, 47. Гор-нодія культура, 48. Пев-на кількість грошей, 49. Най-вища нагорода кінематографістів, 50. Пар-тія гри в теніс, 51. Бик, 52. Мор-ський кухар, 53. Тан-цювальний крок, 54. Вино, 55. [Image of a tennis player], 56. Спо-сіб дру-кування, 57. [Image of a tennis player], 58. Протиставний сполучник, 59. Талі-сман, 60. Сотка, 61. Сма-жена картоп., 62. Тка-нини у рослин, 63. [Image of a tennis player], 64. Мова ворони, 65. Смуга поля, 66. Етап зма-гання, 67. «В'язень замку...», 68. Ого-рожа, 69. Укра-їнський пись-менник, 70. Нота, 71. Вигук здиву-вання, 72. Нижня кінцівка, 73. Вид спорту, 74. Гектар.