



Новини

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ

ВІСТІ

**ВИПРАВЛЯТИМУТЬ  
ДЕМОГРАФІЧНУ СИТУАЦІЮ**

На Тернопільщині реалізовуватимуть стратегію демографічного розвитку на період до 2015 року, повідомили у прес-службі облдержадміністрації. Стратегія передбачає активізацію просвітницької роботи серед молоді щодо здорового способу життя, зокрема, акцентуватиметься увага на заходах із запобігання епідемії ВІЛ/СНІДУ.

Як результат активного пошуку додаткових джерел фінансування передбачається створення на базі сільських загальноосвітніх шкіл філіалів від ДЮСШ, у тому числі й спортивних клубів. Серед заходів, спрямованих на повноцінну реалізацію стратегії, – розробка нормативно-правового механізму щодо заборони надання в оренду приміщень дошкільних та позашкільних навчальних закладів, організація заходів етнографічного характеру, спрямованих на популяризацію народних сімейних обрядів. Передбачено й чимало інших просвітницьких та правових заходів, що мають сприяти покращенню демографічної ситуації у краї.

Надія МУЗИКА

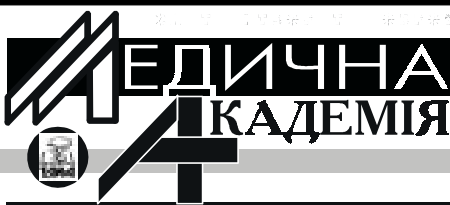
**ОБЛАСНОМУ  
ПОЛОГОВОМУ – БУТИ!**

Рішення про утворення комунального закладу «Тернопільський обласний перинатальний центр» одноставно затвердили депутати на сьомій сесії обласної ради. Щоправда, до запропонованої начальником управління охорони здоров'я ОДА Володимиром Курилом назви вирішили додати «Центр матері та дитини», щоб пересічним громадянам було зрозуміліше, що це за заклад і які його функції.

Варто зазначити: новостворена родопомічна установа діятиме на базі колишнього міського пологового, що на вулиці Замковій, 10. Тут надаватимуть невідкладну медичну допомогу новонародженим з різними патологіями та низькою масою тіла, вагітним жінкам і роділлям з Тернополя та області.

Лілія БАСК

**ПЕРЕДПЛАТІТЬ  
ГАЗЕТУ**



**ПЕРЕДПЛАТНА ЦІНА**

на один місяць – 2 грн 70 коп;  
на три місяці – 8 грн 10 коп;  
на півріччя – 16 грн 20 коп.  
Передплатити газету можна  
у будь-якому відділенні зв'язку

**ІНДЕКС 23292**



Софія ЗАЛІВСЬКА, студентка медичного факультету

ОТАКОЇ

**ПРИВЛАСНИЛИ ГРОШІ З ЛІКАРНЯНОЇ СКАРБНИЦІ**

Щонайменше 60 тисяч гривень поклали до власних кишень бухгалтерські працівники одного з медичних закладів Тернопільщини.

Як повідомили у центрі громадських зв'язків УМВС в області, слідчі обласного управління міліції нещодавно завершили розслідування кримінальної справи, за якою трьох працівниць комунальної лікарні, що у Бучацькому районі, звинувачено у розтраті та привласненні бюджетних коштів. Аби збагатитися, головному бухгалтерові та двом її підлеглим довелося вдатися до махінацій – вони вносили до офіційних документів усвідомлено неправдиві відомості. А починаючи з середини 2003 року, примудрялися щомісяця завищувати отримання бюджетних коштів нібито для зарплатні працівників лікарні. Насправді ж гроші привласнювали.

Начальник слідчої частини слідчого

управління УМВС в Тернопільській області Михайло Чорний каже, що з червня 2003 року до травня 2006 року трійця привласнила 60 тисяч гривень. Окрім цього, головного бухгалтера звинувачують правоохоронці й у заниженні чималих сум до загальнообов'язкового державного пенсійного страхування. Для того, щоб привласнювати державні кошти, велася подвійна бухгалтерія. Спільниця звинуватять у зловживаннях службовим становищем за статтю 191 КК України, а щодо двох з них за внесення до офіційних документів неправдивих відомостей, що спричинило тяжкі наслідки, висунуть звинувачення ще й за статтею 366.

Кримінальна справа невдовзі буде передана на розгляд суду. За фінансові махінації спільниці відповідатимуть за законом.

Лариса ЛУКАЩУК

**ЧИ Є ФОСФОР?**

Санепідемслужба, працівники Державної екологічної інспекції та управління ветеринарної медицини в області провели заміри на вміст сполук фосфору в повітрі, відібрали проби води та ґрунту.

В усіх відібраних пробах перевищень фонових, а тим більше гранично допустимих концентрацій вмісту фосфатів не зафіксовано.

24 та 25 липня проводили аналізи повітря на вміст ангідриду фосфору в Тернополі, Заліщиках, Збаражі, Зборові, Кременці, Почаєві, Шумську, а також у смт. Заліці, у селах Серетець, Білоголови, Івачів, Чорний Ліс, Панасівка Зборівського району; Лідихів, Будки Кременецького району; Новостав та Кути Шумського району.

В усіх досліджених пробах повітря вміст ангідриду фосфору не перевищує гранично допустимих концентрацій.

Такі ж дослідження проводять в усіх районах області, перевищень допустимих норм ніде не виявлено.

(Прес-служба ОДА)

**ПРИРОДНИЙ ГАЗ –  
ДЛЯ МЕДЗАКЛАДУ**

Газ до села Шпиколоси Кременецького району підвели наприкінці 2005 року і мешканці 80 будинків вже насолоджуються теплом і комфортом, що їх дарує «блакитний вогник». Газифікація села триває, а нещодавно до газової мережі під'єднали тутешній медичний заклад. Це стало святом для всієї громади і радісною подією для медперсоналу, який відтепер зможе забезпечити пацієнтам більш комфортні умови.

Оксана БУСЬКА

**СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ  
ПОБІЛЬШАЛО**

Нині у Збаразькому районі працюють 22 сімейні лікарі. Вони найближчі до пацієнтів і до них насамперед звертаються місцеві мешканці, коли потребують медичної допомоги. Поліпшення фінансування галузі позитивно позначилося на якості медичного обслуговування. Плідною є й співпраця медиків району з канадським фондом «Дітям Чорнобиля».

Надія ГОРОШКО

**СЕРПЕНЬ БУДЕ СПЕКОТНИЙ**

Українцям, які вирішили відпочивати в серпні, сприятиме погода. Синоптики прогнозують на останній місяць літа спеку.

А от у місті буде не зовсім комфортно, адже, за прогнозами синоптиків у серпні на нас чекає спека. Тож гарного Вам відпочинку! А тим, хто залишиться в місті, бажаємо терпіння.



# XVII ЄВРОПЕЙСЬКИЙ КОНГРЕС З АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В МІЛАНІ

Ми вже звикли, що наш університет, який очолює член-кореспондент АМН України, професор Л.Я. Ковальчук, тісно співпрацює з багатьма провідними медичними закладами. І не лише Європи, а й США, Канади. Навчаючись у нашому ВНЗ, мені випадала можливість брати участь у міжнародних конгресах і симпозиумах, виступати на них, приймати іноземних гостей у стінах альма-матер. Але, як правило, брала участь у таких зібраннях на студентському рівні.

Представляти Тернопільський медичний університет ім. І.Я. Горбачевського — сучасний вищий навчальний заклад, де навчаються понад 3500 студентів з понад 20 країн світу, — на такому поважному форумі кардіологів не лише усю Європу, а й світу, було почесно й надзвичайно відповідально.

Науковим керівником роботи був професор кафедри терапії та сімейної медицини ФПО Б.І. Рудик. І ще важко було б здійснити задумане без допомоги відділу організації міжнародних форумів нашого університету, який очолює доцент Н.Є. Лісничук. Оргкомітет XVII Європейського конгресу з артеріальної гіпертензії мені надав Travel Grand.

І ось усі перешкоди та труднощі позаду. Літак щасливо приземлився на Міланській землі. І вже через лічені години була у холі величезного конгрес-центру — Fierra Milano Congressi Centre. 15 червня о 17.30 за місцевим часом відбулася церемонія відкриття XVII Європейського конгресу з артеріальної гіпертензії. У цій святковій церемонії взяли участь понад 4500 делегатів. Відкривав форум голова організаційного комітету, професор Джузеппе Манча з університетської клініки Мілана. Церемонія закінчилася святковим концертом, в якому взяли участь провідні оперні виконавці всесвітньо відомої Teatro Alla Scala.

Приємно відзначити, що делегація з України була досить чисельною — понад 30 учасників. Серед них такі знані й відомі в Європі кардіологи, як професори Є. П. Свіщенко, Ю. М. Сіренко, академік Г. В. Дзяк, інші.

Крім того, українську кардіологію представляли й молоді вчені як з Інституту кардіології ім. М. Д. Стражеска — провідного національного кардіологічного центру, так і з кардіологічних наукових центрів Харкова, Дніпропетровська, Донецька, Львова.

Найбільше враження справила на мене наукова програма форуму й озвучені на ній доповіді. Звичайно, треба було вибирати іноді поміж багатьох цікавих сесій та симпозиумів, що відбувалися одночасно в чотирьох залах (червоному, синьому, жовтому і зеленому) та основній аудиторії.

Цікавими й ґрунтовними, на мій погляд, були дослідження стану ендотелію, великих артерій та малих судин у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, ролі вазоактивних субстанцій, ендокринних факторів тощо. Різномірно були представлені аспекти патогенезу та морфологічні дослідження вторинних артеріальних гіпертензій. Зацікавленість викликав симпозиум, присвячений гіпертензії у вагітних. І хоча мій особистий досвід у цих питаннях

незначний, але мені відомо, що ці всі проблеми є актуальними і в Україні. Змістовними були доповіді щодо артеріальної гіпертензії у хворих на цукровий діабет, ожиріння, метаболічний синдром. Мені відомо, що, на жаль, таких пацієнтів у нашій країні також стає дедалі більше й більше. Тому корисними вияви-

за кордоном, по суті, ідентичні. ґрунтовно представлені клінічні трайли щодо використання бета-блокаторів, інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, діуретиків, антагоністів кальцію науковцями з Японії, Великобританії, Данії тощо. Звичайно, ще раз переконалася у дієвості відомого прислів'я, що легше попередити захворювання, ніж його лікувати, адже дуже багато доповідей було присвячено на конгресі можливостям профілактики артеріальної гіпертензії та виявленню факторів ризику її розвитку.

На жаль, можна б було ще більше розповісти, але побувати одночасно на численних засіданнях, симпозиумах, «круглих столах» просто неможливо, як і неможливо, «осягнути неосяжне». Я ще і ще раз переконалася, що проблема артеріальної гіпертензії є надзвичайно актуальною у наш час і напрямок моїх наразі скромних досліджень вибрано правильно.

Зізнаюся, що дуже хвилювалася, представляючи нашу стендову доповідь на тему: «Ліпепероксидація та мінеральна щільність кісткової тканини у хворих на есенціальну гіпертензію» ( доц. Н.І. Ярема, О.І. Ярема). Але справжня доброзичлива атмосфера форуму допомогла здолати цей страх. Крім цього, з'ясувалося, що і моя англійська мова була на належному рівні.

Ще раз пересвідчилася в мудрості нашого народу, згадавши відоме прислів'я «Краще один раз побачити, аніж сто разів почути». Тож краще самому все почути й побачити на власні очі. А це є стимулом для подальшої наукової праці, особливо для нас — молодих. Такі можливості надає нам рідний університет.

І ще один штрих — дуже-дуже важливий. Який же науковий форум без культурної програми? Італія цілковито полонила моє серце. Навіть важко сказати, що

*Часто кажуть, що Італія дуже нагадує Україну — такі ж емоційні й водночас щирі люди, така ж прекрасна й захоплююча природа. І тому, коли випала можливість побувати у цій країні, надзвичайно зраділа. Хоча, зізнаюся, було дещо страшно, бо мета переді мною стояла амбітна та відповідальна — участь у роботі XVII Європейського конгресу з артеріальної гіпертензії в Мілані.*

найбільше, бо, власне, сам Мілан, де відбувався конгрес, — одне з найбільших і водночас найкрасивіших міст цієї країни. Це великий промисловий і культурний центр Італії. А яка там архітектура! Замало слів у нашій багатій українській мові, щоб описати красу і велич собору Дуомо, площі, де він розміщений, всесвітньо відомого оперного театру Ла Скала, різноманіття культурної спадщини у так званих музеях — пінакоотеках, архітектурних пам'яток, а також красу багатьох інших соборів країни.

А чого варта Венеція! Справді, «ні пером описати, ні в казці розказати». Красиве і феєричне місто з його мостами, причалами, ошатними будиночками на воді, стародавньою площею Сан Марко, величезним музеєм живопису, скульптурних знахідок і зброї, славним собором, палацом Дожей, маленькими старовинними вузькими вуличками в центрі міста, а також незабутнім мальовничим краєвидом, що розгортається із славного мосту Ріальто, особливо в світлі заходу сонця. А ще у Венеції, як у тій пісні — «вода, вода, навкруг вода».

Незабутні враження справила і Генуя — невелике провінційне портове містечко з його архітектурними пам'ятками, королівським замком, соборами, старовинним університетом, маленькими, але мальовничими площами.

Чао, Італіє! До нових зустрічей!

**Оксана ЯРЕМА,**  
магістрант кафедри терапії  
і сімейної медицини ФПО



**Магістрант ТДМУ Оксана ЯРЕМА — учасник XVII Європейського кардіологічного конгресу в Мілані**

ли деякі нові дослідження, як стверджують провідні кардіологи, генетичних аспектів розвитку артеріальної гіпертензії. Цікаво та різноманірно були висвітлені питання найчастіших проявів ускладнень, які виникають на тлі артеріальної гіпертензії.

Та чи не найбільше наукових досягнень провідних вчених Європи присвячено питанням лікування артеріальної гіпертензії. Як на мій погляд, то підходить до аспектів лікування в нас і

## ОБ'ЄКТИВ



**Вадим САС, студент медичного факультету**



**Ганна ТКАЧУК, студентка фармацевтичного факультету**

## ЩОБ ЦВІЛА КВІТКА ЖИТТЯ

Понад п'ять тисяч гривень пожертували тернополяни під час проведення акції «Квітка життя».

За словами організаторів збору коштів, Україна ризикує посісти одне з перших місць у світі за рівнем дитячої смертності. У Тернополі щороку народжується майже 400 недоношених дітей, сорок із них — з екстремально малою масою. Для того, щоб зберегти життя такій дитині, необхідне сучасне медичне обладнання, якого в обласних дитячих лікарнях обмаль. Це і стало головною метою Всеукраїнської благодійної акції «Квітка життя». Добру справу підтримали сім церков.

**Лілія БАСК**

Редактор **Олег КИЧУРА**  
Творчий колектив: **Лариса ЛУКАЩУК,**  
**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@tdmu.edu.te.ua.**

Засновники:  
Тернопільський  
держуніверситет  
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 Терно-  
пільському  
держуніверситеті  
ім. І.Я. Горбачевського.  
46001, м. Тернопіль,  
майдан Волі, 1.

# ДІМ ДОБРОТИ У ВЕЛИКОМУ ГЛИБОЧКУ

## ДОПОМАГАЮТЬ СПОНСОРИ І ДОБРОЧИННИКИ

Лікарні Червоного Хреста у Великому Глибочку шість років. Це єдиний у Західній Україні лікувальний заклад такого типу. Ініціатива створення лікарні належить тодішньому районному керівництву і головному лікарю Тернопільського району Ігорю Вардинцю. Лікувальний заклад розрахований на 20 ліжок-місць. Пацієнти лікарні – малозахищені самотні громадяни, репресовані, вдови, ветерани, які потребують медичного догляду.



Медсестри лікарні Червоного Хреста **Марія ЗАЛЕЦЬКА** та **Ніна ВОЛОВЕЦЬ**

— За кошти, що надходять з Тернопільської центральної районної лікарні, районного бюджету проводимо лабораторне обстеження хворих, оплачуємо комунальні послуги, — розповідає голова Тернопільської районної організації Товариства Червоного Хреста Ольга Нижник. — Продукти харчування отримуємо з підсобного господарства центральної районної лікарні. Медсестри червонохрестної лікарні заготовляють овочі та фрукти на зиму. Посильну допомогу надають спонсори і добровольці — підприємці, сільські та селищні ради, депутати районної ради. Пацієнти лікарні постійно відчувають їхню моральну та матеріальну підтримку. Не забувають про стареньких благодійники на Різдва свята, Великдень. Тішать хворі, коли їх відвідують волонтерські загони Великоглибочецької, Білецької та Плотницької загальноосвітніх шкіл, Союз українок села Великий Глибочок. Щонеділі і в свята у капличці, облаштованій у приміщенні лікувального закладу, відправляє молебень отець Михайло Вінтонюк. Разом з церковним комітетом священник частенько навідується до лікарні.

*«Тут перебувають люди, які мають минуле, але не мають майбутнього», — почула від чоловіка поважного віку — пацієнта лікарні Червоного Хреста у Великому Глибочку. І не тому, що позаду у них вже багато прожитих років. Беззахисна старість — ось що найбільше турбує. Ми боїмося старості, але найбільше переймаємося тим, щоб на схилі літ не залишитися з нею та хворобами наодинці. Для тих, хто став самотнім, втративши рідних чи близьких, кому добре дошкуляють хвороби, лікарня Червоного Хреста чи не єдиний порятунк.*

## ДВІ МАРІЇ — ДВІ ДОЛІ

Чотирнадцять самотніх хворих знайшли нині прихисток у лікарні Червоного Хреста. Вони походять з різних районів Тернопільщини. А нещодавно на ім'я

кав: батьки померли давно, не склалися взаємини з рідними. Добре, каже Марія Царук, що прийняли у лікарню Червоного Хреста.

— Тут я почуваюся, як удома. Є що поїсти, де прихилитися. Єдине, що турбує — здоров'я, — бідкається Марія Миколаївна. — Бо людське тепло й милосердя відчуваю завжди. Тут працюють добрі люди. Особлива подяка голові районної організації Товариства Червоного Хреста Ользі Нижник.

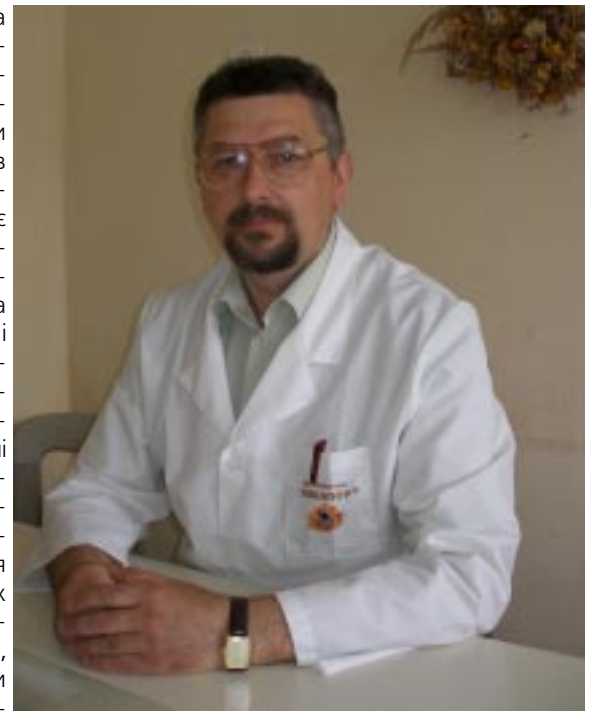
Марія Царук — почесний донор України. Вона здала понад 40 літрів крові. Постійно була членом організації Товариства Червоного Хреста України, депутатом Білогірської районної ради. Марія Миколаївна — учасник війни, ветеран праці, знає п'ять мов, читає багато книг, розгадує кросворди й отримує за це призи від редакцій журналів.

Нелегка доля у пацієнтки Марії Пюнтковської. Навесні минуло два роки, як вона попросила допомоги у медиків лікарні Червоного Хреста. Її корені походять із

голови Тернопільської районної організації Товариства Червоного Хреста України Ольги Нижник надійшли три листи з Київщини та Львівщини, в яких люди просять прийняти їх до лікарні. Пацієнти, які тут тимчасово замешкали, задоволені, що є такий медичний заклад. Для того, щоб покращити перебування хворих, для них створені всі необхідні умови. Тут ставлять на ноги тих, хто на схилі літ залишився без рідних і без будь-яких засобів для існування.

Марія Царук у лікарні Червоного Хреста вже два роки. Батьки родом з Великого Глибочка. 1933 року доля змусила їх поїхати на заробітки у Францію. Там і народилася пані Марія. Згодом батьки з донькою повернулися до рідного села. Тут дівчина вийшла заміж, народила сина, але життя з чоловіком не склалося. Вдруге поєднала свою долю з військовим із селища Білогір'я на Хмельниччині. Там прожила 43 роки, проте сімейного щастя так і не зазнала — чоловік помер. Ще одне горе увірвалося в її життя, коли згоріла хата. Довелося повертатися на батьківщину — в село Великий Глибочок. Та тут на Марію Миколаївну ніхто не че-

її однокімнатна квартира з майном, чималі грошові заощадження. У сестри та двох братів Марії Пюнтковської — своє життя, набридаєти якась не поспіла, у селі на Підволочичині від хати залишилися тільки руїни. Єдина дорога — до лікарні Червоного Хреста. Марія Данилівна неодноразово зверталася до різних інстанцій і в Україні, і в Грузії, щоб допомогли повернути їй заощаджені кошти.



Заступник головного лікаря Тернопільської центральної районної лікарні **Михайло САРАПУК**

їй вдасться домогтися правди, от тільки підлікується й поїде до Києва «оббивати» пороги владних кабінетів. «Як будуть гроші, то, може, хтось візьме мене до себе старість доживати», — сподівається.

## КАДРИ — ІЗ ЦЕНТРУ ЗАЙНЯТОСТІ

У лікарні Червоного Хреста у Великому Глибочку хворі отримують не лише медичне забезпечення, вони огорнуті постійною увагою персоналу. У закладі працюють два лікарі, чотири

онна організація Товариства Червоного Хреста тісно співпрацює з Тернопільським районним центром зайнятості. Щомісяця, за словами директора районного центру зайнятості Ігоря Кондирі, на громадські роботи у лікарню Червоного Хреста с. Великий Глибочок скеровують трьох безробітних, які зареєстровані у службі зайнятості.

— Для нас це, мов своєрідний кадровий порятунк, — розповідає голова районної організації Товариства Червоного Хреста Ольга Нижник. — Це водночас і робоча сила, і добрі доглядальники, і полегшення на наш бюджет. Заробітну платню молодші медичні патронажні сестри отримують із Фонду державного загальнообов'язкового страхування на випадок безробіття. Дуже задоволені співпрацею з районною службою зайнятості, з директором центру Ігорем Володимирович є частим відвідувачем наших пацієнтів. Хворі лікарні задоволені тим, як їх доглядає молодший медичний персонал.

Зараз на громадських роботах у лікарні Червоного Хреста працюють зареєстровані у центрі зайнятості Наталя Даниленко, Людмила Вергелес і Зоряна Качунь. Їхні обов'язки — доглянути хворих, нагодувати, переодягнути лежачих пацієнтів, перестелити ліжка, поприбирати у палатах. Ці жінки, як і решта працівників лікарні, стали для хворих рідними людьми. Задоволення від спілкування мають як самотні, так і медичний персонал.

**Марія БЕЗКОРОВАЙНА**  
Фото автора



Для Марії ЦАРУК **Наталя ДАНИЛЕНКО**, яка працює у лікарні Червоного Хреста на громадських роботах молодшою медичною патронажною сестрою, — як рідна донька

села Шевченкове Підволочиського району. 1948 року батька Марії Данилівни засудили на 10 років за те, що був куркулем. Порятунку донька почала шукати за межами України, і 1952 року виїхала у Грузію, де прожила 42 роки. На початку дев'яностих років минулого століття зазнала депортації. У Грузії в місті Руставі залишилася

медсестри та чотири молодші медичні патронажні сестри. Медичні питання лікарні курує заступник головного лікаря Тернопільської центральної районної лікарні Михайло Сарапук, ординатор — Ольга Кривко. Впродовж останніх чотирьох років у кадровому забезпеченні молодшого медичного персоналу рай-

часом погіршився, але пов'язано це не з бактеріями, а з органічними забрудженнями. Причиною стали дощі, які зміли у став і верхній шар ґрунту, і сміття з прибережної зони.

**Лілія ЛУКАШ**

## Інформація

### ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ МІСЬКИЙ ПЛЯЖ — ПІД ОСОБЛИВИМ КОНТРОЛЕМ

На Тернопільському пляжі влітку полюбують відпочивати не тільки місцеві мешканці, а й гості міста. Тому особливо важливо, аби це місце було не тільки комфортним, а й безпечним, зокрема, для здоров'я. Як поінформували місцевих

журналістів під час засідання прес-клубу лікарі міської санепідстанції, міський пляж — під особливим контролем. Головний державний санітарний лікар Тернополя Володимир Панічев, повідомив, що кожного місяця (від квітня до жовтня)

фахівці беруть проби води, перевіряють місця відпочинку.

Є і певні зауваження до комунальних служб, про це повідомлено відповідним приписом. Так, на пляжі немає питної води, є порушення вивозу сміття, не

відповідає санітарним вимогам вбиральня, не очищають прибережну смугу.

Тішить те, що небезпечних для здоров'я людей знахідок Тернопільська міська СЕС на пляжі та у воді не виявила.

Щоправда, стан води останнім

# ВІДБІЛЮВАННЯ ЗУБІВ: КОРИСТЬ ЧИ ШКОДА?

*Останнім часом дедалі частіше набуває популярності відбілювання зубів. Кому не хочеться похизуватися білосніжною усмішкою. Але думки стоматологів щодо безпечності цієї процедури дещо розходяться. Всі тонкощі цієї процедури з'ясувала у асистента кафедри терапевтичної дитячої стоматології ТДМУ Наталії ЧОРНИЙ.*

— На жаль, білосніжна усмішка від природи — велика рідкість. Зуби піддаються постійній дії різних факторів, які містяться в харчових продуктах, напоях, лікарських препаратах, тютюні та косметичних засобах. І як наслідок виникає дисколорит — зміна кольору зубів. Фарбники можуть осідати на поверхні (зовнішнє фарбування) або проникати в тверді тканини зуба (внутрішнє фарбування). Якщо поверхневе фарбування можна усунути профілактичним гігієнічним чищенням, то для усунення внутрішнього дисколориту необхідно використовувати одну з методик відбілювання зубів.

Професійне відбілювання зубів у стоматології — це комплекс заходів, що спрямовані на освітлення зубів пацієнта в кілька разів. Професійне відбілювання потребує від лікаря-стоматолога розробки індивідуального курсу відбілювання та контролю над цим процесом у майбутньому.

Існує два основних методи відбілювання. Це — домашнє відбілювання зубів, яке проводять під контролем лікаря. Воно потребує виготовлення індивідуальних назубних кап. Є і неконтрольоване відбілювання (використовують стандартні капи). Другий метод — професійне відбілювання зубів, яке проводять в умовах стоматологічного кабінету. Професійне відбілювання не спричиняє жодного негативного впливу на зуби та ясна. Воно поділяється на вітальне відбілювання (зовнішнє) та девітальне відбілювання (внутрішньокоронкове).

Процедура відбілювання зубів, здається, достатньо досліджена та й стоматологічний ринок пропонує немало ефективних та безпечних вибілюючих систем. Але, незважаючи на різноманітність пропозицій, іноді зуби пацієнтів все ж не вибілюються, хоча, здавалося б, лікар все робить правильно, за інструкцією. Що ж відбувається?

Найперше, треба розуміти, що вибілювання зубів — це контрольована хімічна реакція. Так до цієї процедури і потрібно ставитися. В реакцію вступають два або кілька початкових елементів, а відтак відбувається реакція з утворенням нових з'єднань. Проте реакція може з різних причин і не початися. Якщо ж вона все-таки проходить, то нас цікавить її швидкість і безпека для навколишніх живих тканин. Нікому не потрібні вкрай тривалі й небезпечні процедури.

Вибілювання зубів застосовують у стоматології з початку минулого століття. Принципова схема реакції вибілювання не змінилася докорінно з того часу. Як вибілюючі агенти в сучасних системах вибілювання зазвичай використовують перекис водню або перекис карбаміду

(який у порожнині рота перетворюється на перекис водню і перекис сечовини). Ці продукти спонтанно розпадаються з утворенням атомарного кисню, який і володіє окислюючим, а отже, вибілюючим ефектом. Він проникає органічною матрицею між неорганічними кристалами в товщу зуба, де і відбуваються всі вищеперераховані реакції, що й освітлюють емалі та дентин. Доки реакція зворотна, небезпеки вона не становить. Ефективність же вибілювання залежить, з одного боку, від виду пігменту в зубних тканинах, його кількості та глибини залягання і, з другого — від реактивності окислювача, його здатності проникати достатньо глибоко в тканину й швидкості даної реакції. Після процедури зуби стають візуально світліші, адже проміжні продукти цієї хімічної реакції світліші від початкових. Зуби можуть мати зміну в кольорі з цілком різних причин. Якщо зуби інтактні, а їх колір у межах світло-жовтого, то, ймовірно, й результат вибілювання буде позитивний. Темно-жовте забарвлення піддається вибілюванню набагато гірше, доводиться збільшу-

вати концентрацію гелю і час аплікації. Зуби з жовто-коричневим відтінком вибілюються найгірше, вони ніколи не будуть яскравими й виражено світліми. Тому пацієнта слід попередити про неможливість домогтися доброго результату в його ситуації. Крім того, не буде очікуваного ефекту при відбілюванні зубів з високим ступенем прозорості. Через те, що домінуватиме темне тло порожнини рота і колір зубів змішуватиметься в сирій. У випадках, коли зуби мають порушення структури емалі (клиновидні дефекти, сколи, стерта ріжучого краю), то до природного пігменту, що визначає колір зуба, можуть додатися ще й фарбування різними органічними фарбниками (чай, кава, вино, фрукти, овочі, тютюн). Легкий ступінь фарбування легко піддається вибілюванню. Але якщо ця зміна кольору носить виражений характер, до того ж упродовж тривалого часу, результат може бути незадовільний. Не забудьте запломбувати перед початком вибілювання розкриті ділянки дентину, бо при вибілюванні загальна проникність зубів збільшується, тому можливе додаткове фарбування зубів харчовими фарбниками через ці ділянки. З цієї ж причини під час вибілювання не рекомендують вживати газовані

напої типу Cola, (у них міститься ортофосфорна кислота), а також свіжо-вичавлені соки, бажано зменшити вживання чаю та кави. До речі, зміна кольору зубів від частого вживання зеленого чаю надзвичайно важко піддається відбілюванню — зуби стають світліші, але сіро-зелений відтінок не зникає. Також такими методами не вибілюють так звані резорцин-формалінові зуби. Навпаки, на вибілених зубах рожеві ділянки проступають особливо чітко. Не вибілюються ще й плями від амальгамових пломб, іноді їх ще називають «амальгамові татування». Не можуть бути добре вибілені тканини зубів, які просочилися продуктами корозії металу, скажімо, від внутрішньокореневого металевго штифта, особливо за наявності різних сплавів у роті (коронки, металеві конструкції). Така ситуація може спостерігатися при пломбуванні каналів срібними штифтами. Погано вибілюються зуби з флюорозом. Якщо структура емалі не має яскраво вираженої пористості, то спробувати вибілити зуби все ж таки можна. Коричневі плями можна перевести в білі. На бліму тлі вони будуть менш помітні, і естетичний ефект буде кращим.

Ще одна проблема — потемніння депульпованих зубів. При внутрішньому крововиливі в пульпову камеру, при травмі або неактивному ендодонтичному лікуванні зуб змінює свій колір. Це пов'язано із змінами, які відбуваються з гемоглобіном, що просочує пористий дентин. Таку зміну кольору можна виправити, але краще це робити комбіновано. Нанесення гелю лише на поверхню зуба не дає сильного ефекту, зате в поєднанні з внутрішнім відбілюванням спостерігається відмінний прогнозований ефект, особливо при недавньому фарбуванні. Якщо зуб давно має таке забарвлення, то результат вибілювання може бути менш виражений. Бо ж вибілювання — це хімічна реакція між з'єднаннями, що володіють пігментом і сильним окислювачем (скажімо, киснем). Якщо одне із з'єднань не може вступити з якимось причин в реакцію, то і освітлювання зубного субстрата не відбувається. В зубах, які не вибілюються, ця реакція або взагалі не відбувається, або йде досить поволі.

При правильному використанні вибілюючих систем і грамотному доборі лікарем методу відбілювання всі процедури вибілювання завжди дають результат. А розуміння процесів, які відбуваються в структурі зуба при процедурі, дозволяє працювати ефективно й безпечно. Та все ж потрібно пам'ятати: відбілювання зубів — це косметична процедура, а не лікувальна і проводити її потрібно лише в комплексі з лікуванням зубів і під пильним наглядом лікаря-стоматолога.

Лариса ЛУКАЦУК



ОБ'ЄКТИВ



Студентка фармфакультету Лона ЗІДЕН (Сирія)

## ШАНС НА ЖИТТЯ ПОВИНЕН МАТИ КОЖНИЙ

До 2020 року кількість людей, у яких вперше виявлять рак, у нашій країні збільшиться до 200 тисяч. Тільки на Тернопільщині торік зареєстрували 3282 випадки первинних онкологічних захворювань. А за статистикою, кожен третій-четвертий чоловік та кожна п'ята жінка ризикують потрапити в тенета цієї хвороби. Поліпшити ситуацію має на меті обласна програма «Онкологія на 2007-2011 роки». Громадські слухання з цієї проблеми відбулися нещодавно у сесійній залі обласної ради, свої думки та погляди висловлювали представники державної й виконавчої влади, керівники лікувальних закладів краю, спеціалісти-онкологи, а також священники різних конфесій.

Злоякісні новоутвори є однією з найнебезпечніших медико-біологічних і соціально-економічних проблем. Рак нині спричиняє понад п'ятнадцять відсотків усіх смертей і поступається за цим показником лише серцево-судинним захворюванням. 35 відсотків померлих від раку — це особи працездатного віку. Причини, які призводять до зростання захворюваності та смертності від злоякісної недуги, фахівці називають різні. Це — несприятлива екологія, наслідки Чорнобильської катастрофи, шкідливі звички, генетична схильність до цієї хвороби, відсутність медичного страхування, бідність, самотність та інше. Найбільшою небезпекою у нашому краї є рак легень, чоловіки потерпають від раку простати, а в структурі смертності жінок переважають онкогінекологічні захворювання.

Поліпшити показники та сприяти позитивним змінам у боротьбі зі злоякісними новоутворами мала на меті національна програма «Онкологія» на 2002-2006 роки, але кардинальних зрушень не відбулося, причина усім відома — недостатні фінансові ресурси. І нині, за словами начальника ОДА Володимира Курила, фінансування онкологічного диспансеру та інших лікувально-профілактичних закладів краю обмежене. Це погіршує належне забезпечення онкологічних хворих хіміотерапевтичними препаратами.

— Є також велика потреба і в лікувально-діагностичній апаратурі, — каже Володимир Курило. — Пригадую, коли в Тернополі

відкрили онкологічний диспансер, тоді там була найновіша «техніка». Зараз 80 відсотків її потребує заміни або ж капітального ремонту. А ще 21 відсоток онкологічних хворих перебувають у загальнолікувальній мережі, де немає фахівців відповідної кваліфікації, не створені умови для комплексного та комбінованого лікування, з використанням променевої та хіміотерапевтичної терапії. Відтак чи не удвічі скорочується тривалість життя онкохворого, зростає кількість інвалідів. Незадовільний стан матеріально-технічної бази онкологічного диспансеру, за словами спеціалістів, не дозволяє забезпечити державні соціальні гарантії, а також дотримуватися нормативів спеціалізованої онкологічної допомоги хворим на рак відповідно до галузевих стандартів.

Утім, лікарі радять не впадати у відчай та прохотити профілактичні огляди, бо ж відомо — головне вчасно виявити недугу.

— На жаль, більшість пацієнтів звертаються за допомогою запізно, коли патологія проявилася «клінічно», тобто пухлинами або збільшенням лімфатичних вузлів (метастазів), — зазначає завідувач кафедри онкології та медичної радіології Тернопільського державного медичного університету ім. І. Горбачевського Ігор Галайчук. — Тому в Україні доволі високий відсоток людей (64-65%), які помирають до року з часу виявлення захворювання. А 40 відсоткам раку можна було б запобігти. До речі, у світі нині мешкає понад 25 мільйонів людей, які одужали.

Серед шляхів поліпшення онкологічної допомоги мешканцям краю науковець вбачає запровадження обласних скринінгових програм, впровадження стандартів лікування кожної локалізації раку, створення імуногістологічної лабораторії, забезпечення необхідним інструментарієм медичних закладів онкологічного профілю тощо.

А щодо фінансування цієї програми, то його здійснюватимуть за кошти державного та місцевого бюджетів, суб'єктів підприємницької діяльності, громадських і міжнародних організацій та інших джерел, що не заборонені законодавством.

Лілія БАСК

## ЛЮБОМИР БІЛИК: «ВАЖЛИВО ВИХОВАТИ НЕ ЛИШЕ ПРОФЕСІОНАЛА, А Й ОСОБИСТІТЬ»

Коли 1992 року Любомира Білика призначили на посаду директора тоді ще Чортківського медучилища, не усі зустріли цю ідею привітно, дехто навіть запитував, а чи вийде, чи впораєшся. Проте з властивою лише йому наполегливістю й самовідданістю взявся Любомир Степанович за доручену справу. Ось так, розвіявши всілякі сумніви, відкрив він нову сторінку історії Чортківської медичної школи.

За п'ятнадцять років його керівництва в медичному закладі сталися разючі зміни — училище набуло статусу базового коледжу, йому присвоєний другий рівень акредитації, отримали право на впровадження освітньої діяльності зі спеціальності «сестринська справа» (бакалавр медицини), започатковано, а нині успішно зреалізовується навчання за спеціальностями «Стоматологія ортопедична», «Медико-профілактична справа», «Фармація», діє відділення післядипломної освіти та медико-біологічний ліцей. Потужна й матеріально-технічна база — кабінети та лабораторії облаштовані сучасними тренажерами та муляжами, функціонує три комп'ютерні класи, створили власний веб-портал. До речі, викладачі та студенти безкоштовно користуються послугами «Інтернету». Не так давно налагодили роботу внутрішньої мережі, так званого «Інтранету», що служить

для забезпечення самостійної роботи. Без особливих проблем студент може знайти там потрібну йому лекцію, до того ж з мультимедійною презентацією, чи інструкції для практичних занять, тестові завдання, відеоалгоритми.

Щодо методів навчання та контролю знань, то викладачі застосовують і традиційні методи, і ті, що відповідають Болонським вимогам. Мають доступ спудеї до найсучаснішої навчально-методичної літератури у бібліотеці коледжу, загальний книжковий фонд якої майже 60 тисяч примірників. Можна скористатися електронними книгами з глобальної мережі «Інтернет».

Доброю традицією стали конкурси професійної майстерності студентів. Переможці згодом беруть участь у Всеукраїнських змаганнях. Приміром на цьогорічній PANACEI-2007, як розповіла завідувача відділенням «Фармація» Ірина Швець, студентка коледжу Ганна Гординська виборола друге місце. Це вкотре доводить — уміють у Чортківському медколеджі плекати висококваліфікованих фахівців. Ясна річ, сприяє цьому і те, що вже із студентської лави майбутні медики, фармацевти поринають у науково-дослідницьку, пошукову роботу, вони часті учасники регіональних наукових студентських конференцій, Міжнарод-

ного медичного конгресу студентів і молодих учених, який відбувається щороку в Тернопільському медуніверситеті.

Дбають у коледжі й про духовний світ нинішнього студентства. До речі, тут криється великий по-



вчальний момент: людина формується під впливом того, що її оточує. Бо ж наша сьогоднішня і завтрашня поведінка залежить від того, наскільки правильно засвоїли ми запропоноване нам багатство. «Тому передусім, — каже Любомир Білик, — для наших викладачів важливо виховати не тільки блискучого професіонала,

а й патріота, християнина, чесну, толерантну, творчу людину, словом, особистість, в якій усі ці загальнолюдські чесноти об'єднуються у одне слово «гармонія». Заради цього й створені у коледжі хорова, хореографічна, вокальна та драматична студія, що нині уже має звання народного самодіяльного театру. Пригадую, як торік на Всеукраїнському конкурсі «Ліра Гіппократа», глядачі та й суддівство аплодували студентам з Чортківського медколеджу, а вони демонстрували свій талант, мов справжні артисти. В ефір виходить і студентська радіогазета. Саме з неї хлопці та дівчата дізнаються про останні новини із життя закладу, черпають інформацію на медичні теми, можна навіть замовити музичний подарунок для друзів.

Зорганізували у коледжі й дозвілля та оздоровлення молоді. Є тут спортивні зали з поліфункціональними тренажерами, літній спортивний майданчик, стрілецький тир, сауна, актова зала, фізіотерапевтичний та стоматологічний кабінети, власна перукарня, студентське кафе, де готують смачне фруктове морозиво.

Ще однією «родзинкою» коледжу є спортивно-оздоровча база, що розташована у мальовничому куточку Дністровського каньйону на берегах ріки Серет. Зелені крони дерев дихають прохолодою, а повітря — цілюще, духмяне. Звісно, кращої місцини для

оздоровлення не знайти. На шестигектарній площі розташовані спальні корпуси, їдальня, танцювальний майданчик. Є відкритий басейн, спортивні майданчики, тенісні корти, скутери, човни, катамарани, словом, все для того, щоб набратися сил, здоров'я та гарних вражень. На території комплексу є свій ботанічний сад, тут ростуть різноманітні види лікарських рослин, багато фруктових кущів, дерев. У ботсаду проводять заняття та займаються науководослідницькою роботою студенти фармацевтичного відділення. А ще вони заготовляють лікарські рослини та березовий сік, з яких потім у студентській їдальні готують цілющі напої та корисні фіточаї. Є тут і маленьке підсобне господарство — така собі міні-птахофабрика та невелика городня ділянка. М'ясо, овочі, яйця, зелень і фрукти — все своє, усе свіже «прямує» до їдальні, де студенти можуть пообідати за помірними цінами.

Слід сказати, що Любомир Білик створив не тільки потужну господарську та навчальну бази. Він ще й буде. Скажімо, торік став до ладу новий корпус коледжу.

У кабінеті Любомира Степановича на краю невеликого столика серед численних нагород, подарунків, ікон є оберег — портрет матері, Ольги Миколаївни. Це та сила, яка допомагає йому в усьому.

Лариса ЛУКАЦУК

## ПЕТРО ГУДАК: «ЖИВЕМО ПОСМІШКАМИ ВРЯТОВАНИХ ЛЮДЕЙ»

Петро Гудак — головний нейрохірург області, кандидат медичних наук. Закінчив Київський медінститут імені академіка О. Богомольця, де вже з другого курсу був активним учасником наукового гуртка з нейрохірургії. За розподілом потрапив в Інститут нейрохірургії АМН України, але працювати довелося в Київському центрі невідкладної допомоги і медицини катастроф під керівництвом професора Миколи Єфремовича Поліщука. По суті, він став його другим учителем, бо першим був керівник гуртка, а згодом науковий керівник дисертації Віталій Іванович Цимбалюк, випускник Тернопільського медінституту, людина великої ерудиції.

Коли в Києві набирали групу спеціалістів для роботи в Зімбabwe, Петро Степанович Гудак увійшов туди, але плани перекреслила хвороба. Так опинився в рідному Закарпатті, де пропрацював шістьнадцять літ. Був доцентом університету на кафедрі післядипломної освіти та провідним нейрохірургом Ужгородської обласної лікарні. І в Києві, і в Ужгороді доводилося оперувати й пацієнтів з місць бойових дій — Афганістану, Чечні, Іраку, штату Кашмир, Ізраїлю. Тож людських бід набачився доволі. Коли ж запропонували очолити нейрохірургічну службу в Тернопільській облі-

карні, якій потрібна була підтримка, подумав — та й погодився, бо тут роботи — непочатий край.

**— А думки про закордонну практику облишили?**

— Ні. Я не пропускаю жодної нагоди попрактикуватися у світових клініках. Консультував пацієнтів у німецьких містах Бонн, Дортмунд, Вуперталь, у Латинській Америці, де дуже цінують європейських спеціалістів. Часто асистую братові й керівникові університетської клініки угорського міста Печ під час операцій.

У Брюсселі я бачив, як мовиться, нейрохірургію майбутнього, з фантастичним, як на нас, оснащенням. Для нашого сприйняття — це цілий загадковий космос. Тому тепер свої лекції для студентів починаю зі зроблених телескопічним супутником знімків космосу, адже наш мозок — це справді безмежний космос.

**— При вашій професійності й можливостях Тернопіль, мабуть, слід розцінювати, як транзит, а не станцію призначення?**

— Не можна сказати, що транзит, але все залежатиме від того, наскільки буде імператив адекватного забезпечення медичним обладнанням та іншими засобами для складних хірургічних операцій, зокрема ангиографом. Я ціную зусилля головного лікаря

Мирослава Ярославовича Гірняка, який, наскільки це було можливо, допоміг інструментарієм, обладнанням, увагою і добрим словом, а також ректора медуніверситету Леоніда Якимовича Ковальчука і начальника управління охорони здоров'я Володимира Курила. Звичайно, тут нині не вистачає спеціалістів вищої та першої категорій, але, гадаю, це справа тимчасова. А поки молоді нейрохірурги відділення працюють під моїм контролем, курують пацієнтів, намагаюся передати їм свій досвід, але для цього їм у клініці треба сидіти день і ніч.

Мені відрядно сказати, що за рік моєї роботи у нас більш ніж удвічі зменшилася летальність. Жоден пацієнт не втрачений через недогляд, халатність чи непрофесійний підхід, хоча оперуємо не завжди в ідеальних умовах — у районах вони часто наближені до воєнно-польових.

Нещодавно оперував громадянина Канади з важкою черепно-мозковою травмою — склав усі черепні осколки, як мозаїку. Всю операцію зняли на відеокамеру, і коли канадійські медики побачили, чим робилася ця операція і подивились на МРТ, як вона високопрофесійно виконана — були дуже здивовані. Вдячний долі, що послала нам цього пацієнта — можливо, їхня багата країна захоче нам після цьо-

го допомогти хоча б обладнанням.

А з іншого боку, мене дивує безпечність і байдужість до нашої медицини нинішніх багатих людей. Ніхто з них не хоче зрозуміти, що людське життя дуже вразливе і може виникнути ситуація, коли везти в Австрію чи Німеччину буде небезпечно для життя і доведеться рятувати тут — а для цього потрібна найсучасніша апаратура.

**— Чи можна назвати нейрохірургічні захворювання бичем цивілізації?**

— Вони нагадують виразку шлунка, яку ще називають хворобою бідних. До нас люди звертаються уже в крайніх випадках. Нині в країні високий рівень безробіття, бідність, не приділяється належна увага освіті й культурі. Поєдную все це тому, що через безкультур'я у людських взаєминах, безвідповідальності, пияцтва та куражу невихованих водіїв на тернопільських дорогах, що нагадують повосенні, до нас щодня везуть покалічених людей. І нікого це не цікавить, а з ефіру замість освітніх і культурних програм звучать пісні, що солодять слух кримінальних авторитетів. А хто нині читає і що? Ми пам'ятаємо не такі давні часи, коли люди читали в транспорті, у чергах, а що нині? Окрім тяги до грошей,

в очах іншого виразу не побачиш. Більшість людей живе в німому відчаї. Тож людяним таке суспільство не назвеш.

**— Що потрібно нейрохірургу для щастя?**

— Нейрохірургу не так багато в житті треба. Як і всім — гідно жити, мати змогу кудись поїхати, щоб побачити щось розумне й добре, почитати. Нам не треба «Мерседесів», бо ми — фанати. Нам подобається ця професія, живемо посмішками врятованих людей, а що може бути цінніше, ніж людське життя і повернуте здоров'я?

Безперечно, лікар має право на гідне життя, а лікарі-нейрохірурги — це еліта будь-якого суспільства. Їхня праця має бути належно оціненою, як це робиться в західних країнах. Але вся проблема в тому, що наразі в нашій державі не оцінене реальне життя кожного індивідуума, а водночас і не оцінюється робота лікаря.

Запитайте студентів, хто хоче бути нейрохірургом? Кажуть, дуже важка праця і занадто мало платять. Може, вона справді не вартує того, адже за болгарською статистикою, нейрохірург живе в середньому 52 роки. А чого я маю так жити? — виникає природне запитання.

Ні, ви живіть довго і добре, адже ваша праця на благо, — бажаю Петрові Степановичу і хочу вірити, що йому створять тут гідні умови праці й життя, аби він затримався в Тернополі, підготував молодих колег, щоб мати в їх особі рівноцінних партнерів.

Влада СОБУЦЬКА

# ПРОФЕСІЯ БУТИ ЛЮДИНОЮ

Дух меценатства, добродієності, милосердя був завжди притаманний нашому народу. Існує він і нині.

Ось уже 8 років у Харківському медичному коледжі № 2 діє волонтерський гурток «Сімейне джерельце» — добродієний проект, який вселяє віру в добро. Допомагає багатьом не тільки пережити труднощі й перемогти біль, а й дає надію, що всі біди можна подолати і що милосердя — живе, а отже, і всі ми, і наші душі.

Моя розмова з викладачем дисципліни «Медсестринство в сімейній медицині» кандидатом меднаук Раїсою Васильєвою була випадковою, точніше, не запланованою. Проте, вже з перших хвилин нашої розмови збагнула: є у цій людині щось особливе, а ще готовність — відкритися й прийняти чужу біду, чужий біль.

**— Раїсо Олександрівно, як зародився у навчальному закладі волонтерський рух?**

— Починалося все так. За кілька тижнів до 2000 року ми з гуртківцями «Сімейного джерельця» зустрілися на черговому засіданні. На порозі велике свято — завершується століття. Але чи всі мають змогу зустріти його радісно, в достатку? Звісно, не всі. Ось і вирішили привітати кілька багатодітних родин, дітей-інвалідів. Адреси взяли у філії дитячої поліклініки № 13. Відтак від будинку до будинку на нашій старенькій «Таврії» об'їздили всіх, хто був у списку. І нині не можу пригадувати усе це без щему в душі: уявляєте радість дітей-інвалідів, які місяцями не виходять з квартири, до яких, крім патронажної медсестри, та працівників соціального захисту, ніхто не приходив, а тут завітали казкові персонажі з подарунками. Акція надзвичайно зворушила наших студентів і дала на-

сладу для інших добрих справ. Ось так став поширюватися волонтерський рух у нашому навчальному закладі.

**— І почалася робота...**

— Так. Студенти взяли адреси у деяких міських поліклініках, скотактували із «Територіальним центром соціальної допомоги самотнім непрацездатним громадянам». Почали відвідувати дітей-сиріт, інвалідів, людей похилого віку, інвалідів Другої світової війни. Спілкувалися, допомагали придбати ліки, прино-

шли підготовку на волонтерському зльоті. Вони неодноразово брали участь у проведенні виховних годин на тему «Повір у себе сам» за принципом «рівний — рівному», проводили навчальні тренінги. Пригадую, як волонтери поставили міні-виставу за казкою «Три поросятки» у спецшколі-інтернаті № 8 для дітей з наслідками поліомієліту та ДЦП. А потім і вони самі виступали, співали, читали вірші, розгадували вікторину. Наприкінці зустрічі на прохання вихованців



Раїса ВАСИЛЬЄВА під проведення акції милосердя

сили гостинці. В активній роботі минув 2000-2001 навчальний рік, студенти тоді зробили понад 50 відвідувань. Дуже дякували їм люди. Мені було приємно спостерігати, як розцвітали наші студенти від людської подяки, відчуття, що їхня праця комусь потрібна, а можливо, просто необхідна. 2001 рік Генеральна Асамблея ООН проголосила роком волонтерського руху. Нам була радісною ця звістка, адже студенти уже проїнялися цим. Форми волонтерської роботи в нашому медколеджі стали більш різноманітними. Студенти Н. Мінєнкова та В. Климнюк прой-

шли спецшколи наші студенти грали на фортепіано «Місячну сонату» Людвіга ван Бетховена. Всі слухали затамувавши подих та довго не відпускали студентів діти.

Теплі зустрічі в інтернаті відбуваються і нині (кілька разів на місяць). Іде взаємний обмін інформацією щодо учнівського та студентського життя, про новини з медицини. Студенти заглядають у зошити учнів, разом малюють, співають, танцюють, дарують дітям шкільне приладдя, книги, гостинці. І кожний раз несуть дітям тепло своєї душі. Наші волонтери ще опікуються і деякими родинами інвалідів.

**— Волонтерство та навчальна царина... Їх поєднання результативне?**

— Звісно, тепер застосуємо увесь досвід волонтерства у навчальному процесі. Погодьтеся, для таких дисциплін як «Деонтологія», «Сестринська етика», «Сімейна медицина» це гарне підґрунтя. Студенти-волонтери спілкуються з підопічними, виявляють їх потреби, психологічні, соматичні, соціальні проблеми. Кожний студент, який займається добродієністю, оформляє лист, що містить велику кількість різної інформації. До речі, з цим листом була особлива історія. Кілька років тому на обласній конференції із впровадження викладання сімейної медицини, коли я розповідала про волонтерський рух, почула репліку із зали: «Цього бути не може. Де ви таких студентів знайшли?» Ось й довелося запровадити цю форму звіту, зрештою, звітність, ведення документації дещо зорганізовує волонтера, додає більшої відповідальності у роботі. Наші волонтери проводять ще й науково-дослідницькі роботи, беруть участь в науково-практичних конференціях, конкурсах фахової майстерності.

Треба сказати, що в нашому волонтерському русі беруть участь не тільки студенти, а й викладачі. Часті гості вони у спецшколі-інтернаті № 8 для дітей із залишковими явищами дитячого церебрального паралічу. Якимось разом з викладачем Наталією Маслянкою подарувала для кабінету ЛФК цієї спецшколи м'ячі-стрибунці. Їх використовують для вправ при корекції осанки та відновлення м'язового тону. Минув час і ось одного разу зателефонували з цього закладу й сказали, що комісія КРУ виявила наші м'ячі, які не були внесені до обліку.

Довелося їхати в інтернат і давати пояснення комісії, де наша

бюджетна організація взяла гроші (200 грн.) на такі подарунки. Інспектор КРУ недовірливо розмовляла зі мною: «Невже маєте таку велику зарплатню викладача, щоб робити такі подарунки?!». Це образило мене. Тож я сказала їй, що для цих справ має значення не розмір зарплатні, а бажання допомогти іншим. А тут підійшла ще й голова комісії. Це була зовсім інша людина. Зрозуміла мене з півслова. Але все ж попросила написати пояснювальну записку для звітності. Ось такий мала «клопіт».

Волонтерський рух студентів підтримують — беруть у ньому участь адміністрація училища, класні керівники, викладачі. Все це сприяє всебічному вихованню наших учнів, гуманізації їхніх душ, розвитку чуття, милосердя, чуйності, доброзичливості, тих якостей, які так необхідні майбутнім медичним сестрам. Це сприяє й оволодінню ними практичних навичок спілкування з пацієнтами різного віку та з особливими потребами. Волонтерська робота відображена в стендах «Бережіть собори Ваших душ», «Волонтерський зліт», «Медсестринство в сімейній медицині. Рух милосердя». Останній демонстрували на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Сімейна медицина — досягнення і перспективи». Медсестринський студентський волонтерський рух отримав багато відгуків, в тому числі і американської делегації лікарів.

Раїса Олександрівно, на завершення розмови сказала: «Усміхніться незнайомій людині, допоможіть піднести сумку чужій бабусі... Бути милосердним так важко, але й так просто».

Відсутність у нашому повсякденному житті співчуття — це не наша біда, а наша вина. Тому пошук починаймо із себе. Бо ж найголовніше у цьому житті — бути людиною.

Лариса ЛУКАЩУК

## НОВИНИ

### ВІЌЗНА КОЛЕГІЯ У ЧОРТКІВСЬКОМУ РАЙОНІ

Відбулося засідання віїзної колегії управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації в Чортківському районі. Про виконання програм з питань охорони здоров'я мешканців району доповідав головний лікар Чортківської комунальної центральної райлікарні Михайло Семків, співдоповідав заступник начальника УОЗ ОДА Михайло Буртняк. Пояснення давали: заступники головного лікаря Чортківської ЦРКЛ: Світлана Шага, Михайло Копистецький, Ольга Кудровська; головні профільні спеціалісти Богдан Максимішин, Володимир Петрушок, Ігор Гурський.

Визнано, що в Чортківському районі проводиться певна організаційна робота з виконання державних та обласних програм з питань охорони здоров'я мешканців. Розроблені відповідні регіональні програми та заходи, відпрацьована система контролю за їх виконанням. Торік на виконання програм було запла-

новано й профінансовано 207,8 тис. грн., за чотири місяці 2007 року — 80,5 тис. грн.

У I кварталі 2007 р. народилося 196 немовлят, показник народжуваності — 2,5 ‰ (область — 2,6 ‰), за такий же період 2006 року — 2,2 ‰. Відчутне зростання показника дитячої смертності — 5,1 ‰ проти 0 в I кварталі 2006 року. Незначно впав рівень загальної смертності з 4,1 ‰ у I кварталі 2006 року до 4,0 ‰ 2007 року. Показник природного приросту становить — 1,5 ‰ проти — 1,9 ‰ за 2006 рік.

За три місяці 2007 року зареєстровано майже 57600 захворювань. З них — понад 12370 вперше у житті. За 4 місяці 2007 р. у районі найнижчий по області рівень захворюваності на туберкульоз. Вперше виявлено 13 хворих, захворюваність — 16,5 на 100 тис. (область — 23,9) проти 21,4 за відповідний період 2006 року (область — 22,2). Хворих, виявлених уперше із запу-

щеними стадіями, 40 ‰, 2006 року — 60 ‰.

Захворюваність на злоскісні новоутвори за 4 місяці 2007 р. становить 63,9 (область — 88,0), 2006 — 73,7, запущеність — 9,6 ‰ (по області — 18,6 ‰), 2006 — 18,3 ‰.

Особливу увагу в районі приділяють впровадженню сімейної медицини. За 2006 рік за кількістю амбулаторій загальної практики-сімейної медицини район посів друге місце (14). Забезпеченість сімейними лікарями 4,5 (при обласному — 3,97).

Проте в районі не виконують заходи, що передбачені програмами «Туберкульоз», «Донорство». Потребує покращення матеріально-технічна база відділення анестезіології та інтенсивної терапії, неефективно використовують медичне обладнання, яке отримали за державними програмами для сільських медичних установ. У лікувально-діагностичному процесі не завжди використовують вимоги стандартів обстеження та протоколи лікування.

Наталія БЕСЯДА,  
керівник прес-центру ОКЦЗ

## ОБ'ЄКТИВ



Ірина ПЛЯСЮК та Оксана БОДНАРЧУК, студентки фармацевтичного факультету



Віктор СКРАБУТ і Роман КУЦЬ, студенти стоматфакультету

# РЯТІВНА ІМУНІЗАЦІЯ, АБО ВІДПОВІДЬ НА КНИГУ О. КОТКА «БЕЗЖАЛЬНА ІМУНІЗАЦІЯ»

(Закінчення. Поч. у №13)

**Кір.** Як завжди, автор неогрунтовано звинувачує вакцинацію, коли пише, що кір у щеплених «супроводжується найбільшою кількістю ускладнень» (с. 240). Хоча насправді все навпаки: навіть, коли щеплений хворіє на кір, то захворювання характеризується легким перебігом. На сторінці 249 нас лякають, що «ті, в кого кір перебігав без висипання, мають велику ймовірність розвитку у майбутньому автоімунних і нейродегенеративних хвороб». І знову неправильно. Кір ніколи не буває без висипання. Так що названі ускладнення може й розвивались, але не внаслідок перенесеного кору.

До початку вакцинації проти кору в США у 1960 р. було зареєстровано близько 500 тис. випадків. У світі на кір хворіло більше 40 млн людей. Нині завдяки вакцинації ця цифра зменшилась більше як у 10 разів. Проте завдяки такій недоброякісній інформації, яку розповсюджують такі, як пан Котко, деякі контингенти відмовляються від вакцинації. І саме це призводить до 500 тисяч летальних випадків щорічно.

Не знаючи, чим би ще залякати людей, вони вигадали, що щеплення дітей тривакциною MMR провокує розвиток аутизму. Це питання досконало вивчено багатьма лікарями та науковцями. З'ясовано, що аутизм зазвичай проявляється у дітей на другому році життя. І саме в цей період робляться щеплення вакциною MMR.

Таким чином, це не більше, як збіг у часі. Якби у цей період проводили якусь іншу медичну маніпуляцію, то причину аутизму бачили б саме в ній.

Що стосується України, то на початку ХХ сторіччя від кору гинули тисячі дітей. У 1964 р. на кір захворіло 361 566 осіб. В 1967-1968 рр. в нашій країні почали проводити вакцинацію. І вже у 1969 р. захворюваність зменшилась в 12 разів. У 1989 р. завдяки проведенню ревакцинації захворюваність на кір зменшилась ще у 8 разів. І, навіть, в роки подальших підйомів у 2001 та 2006 рр. показник захворюваності був у 23 та 9 разів відповідно нижчий від показників дощепного періоду. Проте, маючи такі вражаючі успіхи, автор книжки нічого, крім сфантазованої ним шкоди від вакцинації, яка врятувала тисячі людей, не бачить.

Щоб більше вразити читача, автор вдається до перелічування ускладнень на корову вакцинацію. Не задовольнившись аутизмом, він називає такі страшні хвороби, як енцефаліт, неврит, глухота, підгострий склерозуючий паненцефаліт тощо.

Треба зауважити, що в Україні, де щеплено мільйони дітей і де

ретельно вивчається реактогенність вакцин, за останні 5 років не зареєстровано жодного з названих ускладнень на щеплення проти кору. Щодо вивчення питання підгострого склерозуючого паненцефаліту, то вже встановлено, що він нічим, крім фантазії автора, не пов'язаний з коровою вакцинацією. Теж саме можна сказати і про цукровий діабет.

Що стосується **поліомієліту**, то міркування автора про те, чи була епідемія поліомієліту напередодні введення імунізації, чи ні, не витримує ніякої критики. У 1958 р. в Україні було зареєстровано 3 763 випадки паралітичного поліомієліту. У 1959 р. розпочато масову вакцинацію. Починаючи з 1963 р., вже спостерігались лише поодинокі (спорадичні) випадки цієї хвороби. Яскравішою ілюстрацією ефективності вакцинації надати важко. Загалом у світі ще 1988 р. мало місце понад 300 тисяч випадків паралітичного поліомієліту. Зараз ця цифра становить майже 1 тисячу.

Відносно тяжкості цієї хвороби, то діагноз паралітичного поліомієліту ставиться лише в тих випадках, коли паралічі зберігаються понад 60 днів від їх початку, тобто коли відбуваються незворотні процеси в мотонейронах сірої речовини передніх рогів спинного мозку та ядрах рухових черепних нервів у стовбурі головного мозку. Така дитина залишається інвалідом на все життя. При цьому летальність становить майже 5%. На жаль, відновити втрачені мотонейрони ні лікарськими засобами, ні гомеопатичними ще нікому не вдалося.

Мовити про те, що «поліомієліт дуже рідко призводить до серйозних клінічних проявів» (с. 331), може лише людина, яка ніколи не бачила хворої на поліомієліт дитини. Так само, як стверджувати, що взагалі мало хто бачив «живцем» таких хворих (с. 293).

Це діти з надзвичайно тяжкими фізичними вадами та затримкою росту, кінцівки яких з атрофованими м'язами. Це важкий тягар як для батьків, так і для суспільства в цілому. Мені довелося відвідати у 2000 р. центр реабілітації хворих на поліомієліт у м. Ташкенті, де одночасно перебувало майже 100 таких хворих віком від 5 до 14 років. Це були діти, які захворіли під час спалаху поліомієліту в Узбекис-

тані в середині 90-х років збігло століття. Те важке враження, відчуття безсилля щодо допомоги цим знедоленим дітям, розуміння того, що біди могло б не статися в разі своєчасної вакцинації, залишається зі мною назавжди.

Пам'ятаю 6-річного хлопчика в одному із селищ Західної України з тяжкою формою паралітичного поліомієліту, який відповідно до записів медичної документації отримав належний комплекс імунізації, але насправді був не щеплений. Чия в цьому вина? Батьків, медиків, організаторів антивакцинальних



кампаній? Дитина залишилась інвалідом... На жаль, це не поодинокий приклад.

Синдром гострого в'ялого паралічу (ГВП) може бути при багатьох інфекціях і соматичних захворюваннях. Але є ознаки, за якими проводиться диференціальна діагностика, у тому числі із залученням лабораторних методів. На теперішній час, коли в Європейському регіоні припинена циркуляція «дикого» поліовірусу, особлива увага приділяється виявленню та вірусологічному обстеженню кожного випадку ГВП у дітей для того, щоб бути впевненим, що не відбулося завозу та розповсюдження вірусу з інших територій. Тому висновок автора про те, «що зниження захворюваності на поліомієліт було досягнуто за рахунок зміни діагностичних критеріїв» не відповідає дійсності. Навпаки, критерії зробили більш жорсткими для того, щоб підтвердити не зниження, а вже відсутність випадків паралітичного поліомієліту.

Коли автор звертається до теорії створення вакцин позаминого та початку минулого сторіч, описуючи невдачі з вакцинацією та суперечливі факти історії, то є край некоректним

екстраполювати їх на теперішній стан вакцинології та імунопрофілактики, на сучасні підходи до створення, оцінки безпеки й доцільності використання тих чи інших вакцин.

Пов'язувати початок епідемії поліомієліту зі щепленнями, як це робить автор, є некоректним, оскільки відсутні будь-які наукові докази такого зв'язку. Це ж стосується вірусу SV-40 та ВІЛ. Є гіпотези окремих авторів, але відсутні достовірні докази.

Автор говорить про те, що в Україні має місце циркуляція вірулентних поліовірусів, посиляючись на дані 1982-1994 рр. Задорожної В.І. із співавторами. Говорити про таке в 2006 р. взагалі немає сенсу, оскільки в Україні після 1994 р. такі віруси знайдені не були. Але особливо цікавим є те, що у виданні, на яке посилається автор, наведені дані взагалі не друкувалися. Це ставить під сумнів правдивість інших посилань автора.

Для профілактики вакцин-асоційованого паралітичного поліомієліту (ВАПП) до схеми імунізації проти поліомієліту Календаря щеплень введено два обов'язкових перших щеплення інактивованою вакциною (ІПВ).

ІПВ, що використовується зараз, є однією з найбезпечніших вакцин сучасності. Технології, що використовуються при її виробництві, гарантують повну інактивуючу вірусу. Крім того, вона має посилену імуногенність, що забезпечує профілактику ВАПП при подальшій імунізації дитини ОПВ.

Описуючи спалах поліомієліту на «острові в Карибському морі» (с. 321), автор говорить, що він був спричинений «щепленням поліовірусом» (про термінологію можна говорити окремо, ми навіть на цьому не зупиняємося). Але чомусь не розповідається про те, що причиною спалаху було зниження уваги до імунізації проти поліомієліту після припинення циркуляції на острові «дикого» поліовірусу. Саме поява неімунного прошарку серед дитячого населення призвела до інтенсифікації циркуляції вірусу та ураження сприятливих (невакцинованих) дітей.

Антивакцинальна пропаганда хоче привести нас до подібної ситуації.

Наводячи «відомості про токсикологію речовин, що входять до складу вакцин» (с. 29-31), автор описує картини гострого або хронічного отруєння цими речовинами при використанні їх у недопустимо великих дозах. У вакцинах вони застосовуються у слідових, тобто дуже низьких концентраціях, що не впливає на здоров'я людини.

Багато чого можна було б ще писати про помилки, виверти, необізнаність та недобросовісність автора, але здається, досить і того, що сказано вище.

Будучи гомеопатом, автор чомусь не говорить про те, що гомеопатичні засоби теж містять токсичні речовини в малих дозах (ртуть, арсен тощо), а призначаються на тривалий час, що не виключає можливості їх накопичення в організмі.

Наприкінці хочеться сказати, що кожна людина повинна зай-

матися своєю справою, тобто тією, в якій вона фахівець.

Суть книги «Безжальна імунізація» у тому, що право на існування серед медичних і парамедичних напрямків має лише гомеопатія. Нам важко говорити про науковість цього напрямку, доцільність тих чи інших підходів, оскільки ми не є відповідними фахівцями. Маємо власну думку з цього приводу, але не вважаємо за коректне використовувати сторінки цього поважного видання для взаємних звинувачень. Кожний напрямок має право на існування.

На жаль, рецензована книга рябіє граматичними помилками і змістовими недоречностями, зумовленими не тільки тенденційним тлумаченням матеріалу, але й грубими хибами перекладу з російської мови на українську. Очевидно, що автор перекладу не є фахівцем не тільки в галузі медицини, а й в українській філології.

Задля справедливості необхідно однак визнати, що, на жаль, зрідка можуть виникати побічні прояви після вакцинації. У зв'язку з цим, діючими нормативними документами передбачена можливість 4% сильних реакцій. Проте в Україні з 2000 р. частота сильних місцевих реакцій при використанні тривакцини (кір, паротит, краснуха) не перевищувала 0,006%, а сильних загальних реакцій — 0,007%, а для АКДП сильних загальних реакцій та післявакцинних ускладнень не було взагалі. За цей період був зареєстрований лише 1 випадок вакциноасоційованого паралітичного поліомієліту. Тому для запобігання небажаних вислідів необхідно докласти зусиль, аби вдосколювати теперішні й створювати новітні високоякісні й ареактогенні вакцини, а також ретельніше відбирати контингенти, які підлягають щепленню, а в разі необхідності — адекватно готувати осіб з відносними протипоказаннями. Разом з тим ми погоджуємося на дискусію з прихильниками «протищепних рухів», роль яких у реалізації програми щеплень можна порівняти з роллю опозиції в парламенті. Відтак слід відмовитися від агресії з обох сторін і замінити взаємні звинувачення на конструктивну діяльність для блага суспільства, особливо для дітей.

Автору ж «Безжальної імунізації» дуже хочеться задати питання — чи бере він на себе відповідальність за тих дітей, які стануть жертвами (заручниками) антивакцинальної пропаганди?

Шановні співвітчизники! Будьте пильними і не вірте заїжджим демагогам і непрофесіоналам, які виконують чиїсь замовлення та паплюжать одне з величчя досягнень медицини — вакцинацію. Робіть щеплення собі та своїм дітям, бо тільки так можете захиститися від інфекційних захворювань. Пам'ятайте, що використовуються для щеплення лише безпечні та ефективні вакцини. А пан Коток нехай проводить експерименти у своїй країні, а не на наших дітях!

**Л. ЧУДНА,  
В. ЗАДОРЖНА**

## СЛАВЕТНІ ПРО ЖІНОК І КОХАННЯ

Чоловіки полюють, а жінки ловлять поживу.

**В. Гюго**

Комплімент — це поцілунок через вуаль.

**В. Гюго**

Ніколи не вір жінці, навіть якщо вона каже правду.

**Евріпід**

Краща хвилина кохання, коли піднімаєшся до коханої сходами.

**Ж. Клемансо**

Сміх — справа чоловіка, сльози — жінки.

**І. Кант**

Жінки звертають увагу не на красу чоловіків, а на чоловіків з красивими жінками.

**М. Кундера**

Жінка знає зміст кохання, а чоловік — його ціну.

**М. Ларні**

Жінка, як футбольний суддя, часто показує жовту карточку, але червону — ніколи.

**М. Матростяні**

Італієць не займається сексом, він просто багато говорить про секс.

**М. Матростяні**

Якщо бачиш жінку досить довго голою, знову починаєш звертати увагу на її обличчя.

**Г. Міллер**

Чим більше жінок знає чоловік, тим примітивніша його уява про жінок.

**Ф. Моріак**

Якби не чоловіки, то хто б стжив за нашими коханками?

**Д. Мур**

Брехати можна тільки коханій жінці та поліцейському, всім решта треба мовити правду.

**Д. Ніколсон**

Природа наказує жінкам бути нашими рабами. Вони наша власність. Вони належать нам, як дерево, яке приносить плоди, належить садівнику. Що за безумна ідея — оголосити рівність для жінок! Жінки не більше, ніж машини для народження дітей.

**Наполеон Бонапарт**

Гірше теці може бути тільки дружина.

**Ж. Таті**

Якщо ти скажеш жінці, що в неї найкрасивіші в світі очі, то вона зауважить тобі, що у неї також досить гарні ноги.

**А. де Мюссе**

Любов — це лише кілька хвилин щастя і постійні страждання.

**Б. Ступка**

Значення любовних утіх надто переоцінюють: поза сексу безглузда, задоволення короточасне, а наслідки досить згубні.

**Ф. Честерфільд**

Необхідно виховувати жінку так, щоб вона вміла зважати на власні помилки, а то, з її погляду, вона завжди має рацію.

**А. Чехов**



Липень морський

Фото Олега КИЧУРИ

## КАВУН — УНІКАЛЬНИЙ ЗА ЛІКУВАЛЬНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ

Настав час кавунів і днів. Кавун (*Citrullus vulgaris*) — баштанна культура, родом з тропіків Африки. Його плід — із зеленою шкіркою та рожевою, білою або жовтою м'якоттю, наповненою чорним насінням. В Україні цю ягоду широко культивують у південних областях.

За багатьма лікувальними властивостями кавун є унікальним. Його м'якоть містить природні цукри, що добре засвоюються, значну частку яких становлять фруктоза та глюкоза, меншу — сахароза. У кавуні містяться вітаміни В1, В2, С, РР, фолієва кислота, каротин, пектинові полісахариди, клітковина й мікроелементи: калій, магній, залізо, натрій, кальцій, фосфор, інші. Такий багатий асортимент поживних речовин добре впливає на серцево-судинну систему, залози внутрішньої секреції, сприяє підвищенню активності корисної кишкової мікрофлори. Кавун здавна застосовували в народній медицині як сечогінне при набряках ниркового та серцево-судинного походження. Цю ягоду рекомендують у разі урологічних захворювань — циститів, нефритів, пієлонефритів. Клітковина кавунів містить калій,

який при прийомі інших сечогінних засобів вимивається з організму.

Кавун рекомендують до дієти (до 2-2,5 кг свіжої м'якоти) при

хворобах печінки й жовчного міхура (цироз, хвороба Боткіна, дискінезія жовчних шляхів), закрепах, подагрі, артритах, атеросклерозі, гіпертонії, коронарній недостатності, ангіні. Він також ефективний у разі виробничої чи побутової (зокрема алкогольної) інтоксикації. Кавун багатий на залізо, яке потрібне для кровотворення, він корисний для запобігання анемії. Для загального очищення організму та за відсутності протипоказань застосовують так зване «кавунове голодування», коли протягом 3-4 днів вживають тільки кавуни й чорний хліб. Інтенсивне виділення сечі під час цієї процедури промиває нирки та сечовивідні шляхи, вимиваючи, за рахунок



«Кавунове голодування» застосовують також разом з прикладанням м'якоти до уражених місць при псоріазі й екземі. Для омолодження шкіри використовують маски з кавунової м'якоти — просочують складену в кілька шарів марлю та кладуть на обличчя й шию. Через 20 хвилин марлеву серветку знімають, шкіру споліскують, промокають рушником і наносять крем.

## ДИНЯ — ГАРБУЗОВА ГОСПОДИНЯ

Диня — рослина, овоч з роду гарбузових, з роду огіркових. Її батьківщиною вважають Африку та Ост-Індію. Перша згадка (лат. — *perones*) зустрічається в Біблії. На наш

терени диня почала поширюватися з XVI ст.

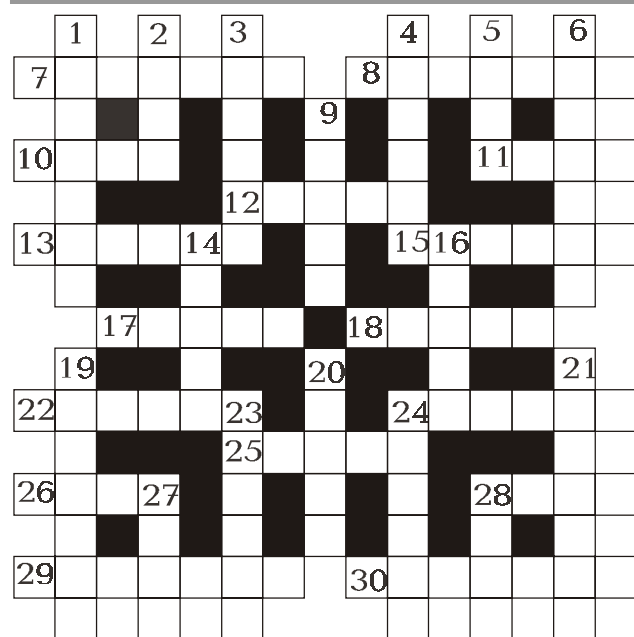
Плоди дині серед іншого містять органічні кислоти, пектинові речовини, вітаміни Е, С, В6, В2, каротин, азотисті й мінеральні речовини. Її використовують як помірно-послаблюючий, сечогінний та жовчогінний засіб. Диня, як і кавун, має здатність всмоктувати й виводити з організму нагромаджені там шкідливі речовини. Найкраще вживати диню окремо — через 2-3 години після прийому їжі. Бажано до і після її прийому не вживати молока й

кисломолочних продуктів, алкоголю. Виключена вона також із меню матерів-годувальниць. Диня сприяє збалансуванню в організмі рівня холестерину, підвищує рівень гемоглобіну в крові. Вважається, що вона надає блиску очам і поліпшує зір.

З косметичною метою (як маски), диню використовують для видалення пігментних плям, вугрів і рябин. Часте вживання дині сприяє очищенню судин. Добре вживати її при гіпертонічній хворобі, неадекватній, хронічній недостатності кровообігу, хронічних гепатитах. Незамінна диня при лікуванні глистів: випити склянку свіжого соку вранці натщесерце. Величезну глистогінну дію має її насіння: залити 100 г зернят холодною водою, щоб ледве їх покривала, варити 10 хвилин. З'їсти ці зернята протягом сніданку.



## КРОСВОРД



**Горизонталь.** 7. Глибокий обробіток ґрунту під виноградники. 8. Ініціатор, творець нового, прогресивного в науці, виробництві тощо. 10. Орган управління військами. 11. Американський письменник Марк... 12. Частина ударного механізму в ручній вогнепальній зброї. 13. Річка в Сибіру. 15. Бурхливі оплески. 17. Вибухова речовина, яку застосовують для стрільби. 18. Розповідний твір про вигадані події, вигаданих осіб. 22. Іспанський довгий складаний ніж. 24. Австрійський композитор, скрипаль, диригент Йоганн... 25. Сировина для одержання бензину. 26. Мінерал, різновид халцедону. 28. Бельгійський майстер духових музичних інструментів, винахідник саксофона. 29. Безвладдя. 30. Супутник планети.

**Вертикаль.** 1. Хімічний елемент, блискучий сірвато-білий метал. 2. Особа, яка беззастережно схиляється перед усім, що прийнято в аристократичному середовищі. 3. Дрібна морська промислова риба. 4. Князівство в Європі. 5. Гонимий автомобіль. 6. Драматичний твір веселого характеру. 9. Кільчастий тюлень. 14. Російський живописець, який багато років мешкав в Індії. 16. Відвідання кого-небудь, переважно офіційне. 19. Функція кута. 22. Австрійський письменник Франц... 21. Специфічна діяльність органа чи організму. 23. Метод дослідження. 24. Зимостійкий сорт яблук. 27. Знак в азбуці Морзе. 28. Рівнинний простір у зоні сухого клімату.

Відповіді на кросворд, вміщений у № 13, 2007 р.

**Горизонталь.** 7. Вакансія. 8. Командир. 9. Репутація. 10. Проза. 12. Манна. 13. Рація. 15. Аншлаг. 17. Хатинь. 18. Несесер. 21. Грація. 22. Атлант. 23. Камея. 26. Рампа. 27. Рейсфедер. 29. Теренкур. 30. Біологія.

**Вертикаль.** 1. Гонор. 2. Ткаля. 3. Валторна. 4. Діоптр. 5. Порція. 6. Дисонанс. 11. Апликація. 12. Моторолер. 14. Цицерон. 16. Гінея. 17. Хурма. 19. Дромадер. 20. Аномалія. 23. Тайфун. 24. Андрій. 27. Ранчо. 28. Рулєт.

### Смішного

Телефонний дзвінок до реанімації.

— Скажіть, а Левченюк ще живий?  
— Ще ні.

\*\*\*

Пацієнт: «Лікарю, я житиму?»

Лікар: «Який сенс?»

\*\*\*

Медсестра, вбігаючи в ординаторську, кричить:

— Лікарю, симулянт помер!

\*\*\*

— Лікарю, навіщо ви мені випишете такий великий рахунок? — з обуренням цікавиться пацієнт.

— Дорога моя людино! Ви б лише знали, який у вас цікавий випадок, і як мені хотілося довести справу до розрізу, отоді б ви ще не такі гроші віддали...

\*\*\*

— Лікарю, в мене болить ось тут, тут і тут!

— А тут?

— Не болить!

— Медсестро, Іванченкові молотком сюди — щодві години!