

СТОР.

2

ТЕРНОПІЛЬСЬКІ ХІРУРГИ ЗАПОЗИЧУВАЛИ ДОСВІД У НАЙКРАЩИХ ФАХІВЦІВ ТУРЕЧЧИНИ

«Разом з Тамером Тураном, — каже кардіохірург Ігор Гуменний, — провели 15 операцій. Це були оперативні втручання у пацієнтів з ішемічною хворобою серця, їм виконували аортокоронарне шунтування без під'єднання до апарату штучного кровообігу».



СТОР.

3

МЕДСЕСТРИ ВІДПРАЦЬОВУВАЛИ БАЗОВІ НАВИЧКИ РЕАНІМАЦІЇ

«Базова підтримка життя в умовах стаціонару». Саме з цього елективного курсу для молодших медспеціалістів розпочався спільний тренінговий проєкт ТДМУ та університетської лікарні. 400 медичних сестер мали змогу підвищити свій професійний рівень і бути готовими надавати допомогу пацієнтам у випадку раптової зупинки кровообігу.



СТОР.

4

ОЛЕНА ЯКИМЧУК: «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СУДИННИЙ КУРС ДАЄ НАЙНОВІШІ ЗНАННЯ ЩОДО АРТЕРІАЛЬНИХ І ВЕНОЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»

— Участь у наукових конференціях дає можливість набратися досвіду в іноземних колег, простежувати за новинами у медичній галузі й здобути нові навички, — переконана доцент Олена Якимчук.



СТОР.

5

НЕБЕЗПЕЧНІ НІТРАТИ: ЯК НАСИТИТИСЯ ВІТАМІНАМИ Й НЕ ОТРУЇТИСЯ

Перші весняні овочі, ягоди, фрукти дуже нас тішать. За тривалу зиму всі встигли знудитися за духмяним запахом і смаками свіжих плодів. Однак, аби їх спожити на користь, а не на шкоду, слід зважити на те, що вони можуть містити досить велику кількість нітратів.



СТОР.

7

ПЕРШИЙ ВЕСНЯНИЙ ОВОЧ – РЕДИСКА

Редиска — найперший весняний овоч, який допомагає нашому організму поповнити витрачений за зиму запас вітамінів, зарядитися енергією, а також зміцнити імунітет.



Крім того, вона має протизапальну, кровоспинну дію, підвищує еластичність дрібних кровоносних судин та їхню стійкість до несприятливих умов зовнішнього середовища.

УНІВЕРСИТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ

№4 (168) 21 КВІТНЯ 2018 РОКУ

ГАЗЕТА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ

АНОНС

НАША ПОШТА

ЯРОСЛАВ МАТІЙЦІВ: «АНЕСТЕЗІОЛОГ – ПРОФЕСІЯ, ЯКА ОХОПЛЮЄ МАЙЖЕ ВСІ ГАЛУЗІ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ»



Ярослав МАТІЙЦІВ – лікар-інтерн-анестезіолог відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

ДЯКУЮ ЗА ВРЯТОВАНЕ СЕРЦЕ

Петро БЕЗКОРОВАЙНИЙ, с. Токи Підволочиського району

Хочу за допомогою газети «Університетська лікарня» висловити глибоку вдячність лікарям та усьому медперсоналу університетської лікарні. Кілька років тому мене почала турбувати задишка, високий тиск, біль за грудиною. Я й не знав, що це дуже небезпечні симптоми. Коли почався набряк на ногах і важко стало ходити, звернувся за допомогою до фахівців в університетську лікарню. Наша сімейна сільська лікарка дала скерування спочатку в районну лікарню, а звідти вже я приїхав до університетської. Кілька тижнів провів тут: пігулки, крапельниці, процедури, а ще тепле, чуйне ставлення зробили свою справу.

Нині хоч і не на сто відсотків, але мій життєвий двигун працює, легше стало дихати. Я ще під наглядом лікарів. Періодично приїжджаю на огляди, мені проводять лабораторні дослідження. Отож жити можна. А завдячую я своєму доброму самопочуттю фахівцям кардіологічного відділення — завідуючій Наталії Мирославівні Вівчар і лікуючому лікарю, доцентів ТДМУ Оксані Леонідівні Сидоренко. Хай Бог благословляє їх на цю шляхетну справу — рятувати людські серця! Міцного здоров'я, радісних посмішок рідних, благополуччя та затишку хочу побажати усім фахівцям кардіологічного відділення.

ЧИТАЙТЕ
на стор. 4

ЗАХОДЬТЕ НА НАШ САЙТ: WWW.MEDYCHNA-AKADEMIA.TDMU.EDU.UA ТА НА СТОРІНКУ У FACEBOOK

<p>Редактор Г. ШОТ Творчий колектив: Л. ЛУКАЩУК, М. СУСІДКО, М. ВАСИЛЕЧКО Комп'ютер. набір і верстка Р. ГУМЕНЮК</p>	<p>Адреса редакції 46001 м. Тернопіль, майдан Волі, 1 тел. 52-80-09 43-49-56 E-mail hazeta_univer@gmail.com</p>	<p>Засновник: ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»</p>	<p>Видавець: ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»</p>	<p>За точність викладених фактів відповідає автор. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій.</p>	<p>Реєстраційне свідоцтво ТР № 482-82Р від 23.03.2010 р. видане головним управлінням юстиції у Тернопільській області</p>	<p>Газета виходить один раз на місяць українською мовою. Обсяг - 3,33 друк. арк. Наклад - 700 прим.</p>	<p>Газету набрано, зверстано, віддруковано у Тернопільському держмедуніверситеті ім. І.Я. Горбачевського 46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1</p>
---	---	--	---	---	---	---	--

КОНТАКТИ

ТЕРНОПІЛЬСЬКІ ХІРУРГИ ЗАПОЗИЧУВАЛИ ДОСВІД У НАЙКРАЩИХ ФАХІВЦІВ ТУРЕЧЧИНИ

Лариса ЛУКАЩУК

Ще трохи часу і в Тернопільській університетській лікарні урочисто відкриють Центр кардіохірургії. В сучасному, облаштованому за останніми стандартами медичному підрозділі є все необхідне – новітні операційні зали, медична техніка та не один, а два ангіографи, на які так довго чекали і медики, і пацієнти. Втім, погодьтеся, ні жодне приміщення, ні найсучасніша техніка не в змозі обійтися без головної особи на кардіохірургічному полі бою – хірурга, який повинен володіти знаннями та навичками, відпрацьованими до автоматизму. Це і є запорукою успішної операції. Отож фахівці університетської лікарні повсякчас вдосконалюють свої уміння, здобуваючи досвід в іноземних колег. За останні півроку кардіохірург Ігор Гуменний побував одразу в кількох зарубіжних клініках, де вивчав новітні методики кардіохірургічних оперативних втручань, практикував і вдосконалював власні навички у складі тамтешніх операційних бригад. На чергове стажування до Туреччини Ігор Зіновійович запросив свого колегу, перфузіолога, лікаря-інтерна Олександра Адашинського. Про особливості турецької медицини та можливості кардіохірургії сучасності з лікарями вела мову кореспондент «Університетської лікарні».

Якою постала перед вами медицина Туреччини? Які враження від цієї країни, зокрема, порівняно з іншими, де вам довелося побувати? Ці запитання адресую Ігорю Гуменному:

– Перше враження від країни завжди співвідносне з тими людьми, які тебе зустрічають та проводжають. Нас зустрічав відомий кардіохірург Тамер Туран. Саме до нього я звернувся з проханням прийняти на стажування не лише мене, а й мого колегу. Навіть не сподівався, що прийом буде таким теплим і душевним. Найперше вразило те, що кардіохірург, якого знають майже у всьому світі та робочий графік якого розписаний погодинно, чекав нас на автовокзалі майже годину, адже наш автобус заїздився. Він приїхав власним

автомобілем, замовив і поселив нас у готель. Окрім того, щодня 7.40 він приїздив за нами та відвозив у клініку.

Тамер Туран – знаний у світі кардіохірург Туреччини, Європи та Північної Америки. Віртуозність кардіохірургічних втручань, які проводить пан Туран, у тому, що він у дуже короткий термін та головне – якісно робить аортокоронарне шунтування без зупинки кровообігу. Саме це мене зацікавило і я хотів зрозуміти, в чому полягає ця його



особливість: це вправність руки відпрацьована до автоматизму швидкість накладання шва на анастомоз.

У клініці Аджібадем у місті Бурса, в якій він працює, займаються не лише кардіохірургією, а ще й трансплантацією. Дуже цікаво було побачити операцію з трансплантації печінки та нирки.

Найбільшою радістю для мене було те, що я мав змогу спілкуватися з цим відомим кардіохірургом, запозичити досвід, спостерігати, як він оперує та навіть мав щастя брати участь в операціях разом з Тамером Тураном. Я побачив багато-багато важливих дрібниць, які стали мені в нагоді, коли оперую наших пацієнтів. Зараз використовую прийоми пана Турана, як я їх називаю, в своїй практиці в університетській лікарні.

Разом з Тамером Тураном ми провели 15 операцій. Здебільшого це були оперативні втручання у пацієнтів з ішемічною хворобою серця, їм виконували аортокоронарне шунтування без під'єднання до апарату штучного кровообігу.

– **Що найбільше вразило під час стажування? – запитую в Олександра Адашинського:**

– Це моя перша поїздка

до іноземної кардіохірургічної клініки. Звісно, було цікаво все до найменших дрібниць. Під час усіх операцій мене приваблювала робота медиків-перфузіологів, бо це, власне, моя ділянка роботи. Мав нагоду ознайомитися із системою проведення такого виду втручань, матеріальним і технічним забезпеченням кардіохірургічних операцій. Надзвичайно вразила робота середнього медичного персоналу, їх мобільність, миттєвість реакції на вказівки лікаря та на

зміни під час операції. Турецькі фахівці працюють якнайкраще та максимально швидко. Це, на мою думку, й нам варто запозичити в них».

Чи є можливість застосувати набутий досвід у нас, в Україні? Слухаю Ігоря Гуменного:

– У нашій університетській лікарні маємо бажання оперувати за найвищими світовими стандартами, тому намагаємося запозичити передовий досвід у найкращих кардіохірургів світу. Під час цих операцій я вдосконалив техніку накладання судинного анастомозу. Це – один із «секретів» цього видатного кардіохірурга. На Заході та й у світі не існує такого явища, як монополізація знань. Усі охоче діляться, передають свій досвід іншим колегам і навіть іноземцям. Це звична практика. Багато лікарів навпаки зацікавлені у передачі власних набутих. Тому й не дивно, що Тамеру Турану не шкода було ділитися зі мною своїми знаннями, навпаки, він робив це з великим задоволенням.

Перше оперативне втручання, яке проводив з паном Тураном, було у п'ятирічної дівчинки. Їй діагностували вроджену патологію – дефект

міжпередсердної перегородки. Операція тривала півтори години, хоча зазвичай такі оперативні втручання проводять впродовж чотирьох годин. Такі операції виконують з використанням апарату штучного кровообігу, але під час цього втручання серце дитини було зупинене лише на 15 хвилин. Загалом у клініці Туреччини ми освоїли не лише певні техніки кардіохірургічних втручань, але й саму стратегію та особливості клінічного маршруту таких операцій, системного підходу в застосуванні малотравматичних технологій для їх виконання.

– **У нинішні часи реформ в Україні, напевно, доречно запитати про систему та модель охорони здоров'я Туреччини. Що, на ваш погляд, є найпримітнішим та особливим?**

– За останні 10 років система охорони здоров'я Туреччини зазнала значних змін, досягнувши європейського та світового рівня за цілою низкою показників, – каже Ігор Гуменний. – Це одна з перших країн, яка привела свій національний стратегічний план у галузі охорони здоров'я відповідно до цінностей та засад Європейської політики підтримки здоров'я й благополуччя населення (за програмою «Здоров'я-2020»). Принципи цієї програми підтримує і держава, і суспільство, їх спільні зусилля спрямовані передусім на забезпечення загального, рівного та сталого доступу населення до якісних медичних послуг, удосконалення національної системи охорони здоров'я.

Загалом медичні послуги в Туреччині надають як державні, так і приватні лікарні. У місцевих клініках проводять всі види лікування, також й високотехнологічні – трансплантацію органів, променеву терапію з використанням системи «кібер-ніж», пересадку кісткового мозку, різні кардіохірургічні операції, лазерні операції, штучне запліднення тощо. При цьому вартість цих послуг значно нижча, ніж у клініках США та Європи. Тож понад 130 тисяч іноземців щороку приїжджають до Туреччини на лікування. Турецькі регіональні лікарні, що спеціалізуються на офтальмології, естетичній хірургії та

лікуванні безпліддя, стають дедалі популярнішими серед пацієнтів з європейських країн.

Нині Туреччина витрачає на охорону здоров'я майже вісім відсотків ВВП, а ще кілька років тому ця цифра становила 3-4 відсотка. І це позначається на всіх напрямках діяльності галузі.

Інфраструктура системи охорони здоров'я також удосконалюється, що пов'язано зі швидким зростанням кількості приватних лікарень. З'явилися нові тенденції в секторі охорони здоров'я, приміром, коли на території одного медичного комплексу надаються всі послуги, що належать певній галузі медицини, утворюючи систему «одного вікна».

Кардинальне реформування охорони здоров'я, яке триває вже десять років, засвідчило розширення медичного страхування та доступу до медичних послуг для всіх громадян, особливо найбідніших верств населення. Безперечно, такому успішному поступу сприяли насамперед і економічне зростання, і політична стабільність, і всеосяжна стратегія трансформації системи охорони здоров'я, яку очолила команда лідерів, гнучка система безперервного навчання медперсоналу, розширення інфраструктури тощо. Доступ до послуг охорони здоров'я значно покращився, зокрема, до медичних послуг для матері й дитини, які є основними для зниження показника материнської, неонатальної та малякової смертності, особливо серед соціально-економічних неблагополучних груп.

Із 1 січня 2012 року в країні запроваджене обов'язкове медичне страхування. Страховка покриває цілковито всі види лікування в державних клініках і частково – у приватних. Всі особи, які проживають у країні, зобов'язані мати загальну медичну страховку. Діти до 18 років, які перебувають на утриманні батьків, отримують медичну допомогу на підставі страховки матері або батька (таким надається необхідна медична допомога, незалежно від дотримання умов оплати страхового внеску й боргу за медичною страховкою). Всі осіб, які не мають соціального захисту, починаючи з 2012 року, застрахували автоматично.

МЕДСЕСТРИ ВІДПРАЦЬОВУВАЛИ БАЗОВІ НАВИЧКИ РЕАНІМАЦІЇ

**Лариса ЛУКАЩУК,
Микола ВАСИЛЕЧКО (фото)**

«Базова підтримка життя в умовах стаціонару». Саме з цього елективного курсу для молодших медичних спеціалістів розпочався спільний тренінговий проект ТДМУ та університетської лікарні. Зініціювало навчання керівництво медичного закладу, а провели вишколи викладачі міжкафедрального навчально-тренінгового центру університету. 400 медичних сестер мали змогу підвищити свій професійний рівень і бути готовими надавати допомогу пацієнтам у випадку раптової зупинки кровообігу. Про особливості навчання розповіла керівник міжкафедрального навчально-тренінгового центру ТДМУ Галина Цимбалюк.

— Курс «Базова підтримка життя в умовах стаціонару» спрямований на збереження життя, коли у пацієнта рапто-



ри Мирослав Володимирович Бойчук, Віктор Васильович Шацький та керівник міжкафедрального навчально-тренінгового центру ТДМУ Галина Юрїївна Цимбалюк.

Навчання вибудували у такий спосіб, коли спочатку проводять інтерактивне спілкування, яке містить лекцію та активне спілкування між викладачем та учасниками. Медичні працівники мали змогу

медик не повинен наражатися на небезпеку. Отож кожен учасник зміг на практиці апробувати всі доступні бар'єрні засоби.

— Звісно, ці навички не були для медиків чимось новим чи незнаним, — додає Галина Цимбалюк, адже медичні сестри мають певний стаж роботи, теоретичні знання. А такі навчання — нагода лише систематизувати та пригадати вивчене в навчальних закладах, на курсах підвищення кваліфікації, бо реанімаційні заходи — це не те, що медики роблять щодня, радше це — екстрені ситуації. Окрім того, медичний працівник має чітко, до автоматизму проводити заходи, спрямовані на відновлення життєдіяльності організму. Саме цю мету поставили на наступному етапі, коли проводили симуляційне навчання.

Для кожної групи змоделивали певну ситуацію зупинки кровообігу в пацієнта. Медичні сестри ж мали спланувати правильний алгоритм дій, порядок проведення серцево-легеневої реанімації для порятунку пацієнта, командну взаємодію та комунікацію. Визначили навіть те, хто і де стоятиме, що говоритиме, коли потрібно викликати реанімаційну бригаду тощо. Цікаво, що групи були сформовані із медичних сестер певних відділень. Це важливо, адже в екстремному випадку вони працюватимуть як одна команда.

Курсанти також вивчали будову та конструкцію автоматичного зовнішнього дефібрилятора та принцип його роботи.

Медичні сестри мали змогу попрактикуватися в роботі з приладом, який у випадку раптової зупинки кровообігу може врятувати людині життя. У цивілізованих країнах автоматичні зовнішні дефібрилятори є в усіх громадських місцях. Оволодіти ними навчають не лише ме-

дичних працівників, а й пересічних громадян: педагогів, поліціантів, працівників великих торговельних центрів. Університетська лікарня вже має ці прилади. Наразі вони проходять доукомплектацію, аби згодом «допомагати» медикам в екстрених випадках.

Як зазначила керівник міжкафедрального навчально-тренінгового центру, такі навчання медичних працівників повинні зорганізувати регулярно, щоб у випадку, коли пацієнт втратив свідомість, чи у людини сталася раптова зупинка кровообігу, медик не гадав, що має робити, не пригадував давню теорію, а брався до справи й працював компетентно та автоматично. Надзвичайно приємно, що вперше в нашій області такі навчання пройшли саме працівники університетської лікарні. Примітно, що медичні працівники, які пройшли цей курс, позитивно оцінили власне навчання. Вони відчували, наскільки важливо доводити навички порятунку пацієнта до автоматизму, щоб у кризовій ситуації біля хворого була людина з професійними знаннями.

Враженнями поділилися старші медичні сестри університетської лікарні.

Надія МОДНА, старша медсестра кардіологічного відділення університетської лікарні:

«Мені надзвичайно сподобалося це навчання. Адже це не була лише теорія, бо ми змогли попрактикуватися на манекенах виконувати реанімаційні заходи. Саме те, що ти самостійно виконував дозволяє швидше запам'ятати, як діяти у такій ситуації».

Олена СКЛЯРОВА, старша медсестра відділення гемодіалізу:

«Наші заняття тривали чотири години. Але за такий досить короткий час ми змогли засвоїти чимало матеріалу. Дуже важлива у сестринській роботі практика, бо що побачив на власні очі й спробував зробити власними руками — не забудеться ніколи».

Наталія ГУДАК, старша медсестра відділення хірургічної стоматології:

«Завдяки цьому курсу ми, старші медичні сестри, значно підвищили свій професійний рівень. Відтак у разі потреби, зможемо надавати кваліфіковану медичну допомогу, а також навчати медич-

них сестер відділення виконувати необхідні реанімаційні заходи, відповідно до спеціальних вимог і наказів. Ми ознайомилися з різними засобами, які допомагають врятувати людину у випадку настання клінічної смерті, вправлялися це робити на новітніх манекенах».

Наталія ГАСАЙ, головна медична сестра Тернопільської університетської лікарні:

«Цей курс проходять медичні сестри з різних відділень. У кожного, звичайно ж, є досвід і кожен фахівець у своїй справі, але для того, щоб надати кваліфіковану допомогу в критичній ситуації, потрібні до автоматизму відпрацьовані навички. Головне, щоб медпрацівники мали достатньо досвіду і за необхідності приймали професійні рішення. Основна мета заочаткованих тренінгів — це симулювання ситуації, за якої людині необхідно надати екстрену меддопомогу у випадку зупинки кровообігу, коли відлік іде на секунди. Для відпрацювання цих навичок у тренінговому центрі ТДМУ є все необхідне — найсучасніші манекени та професійні тренажери. Нові часи у вітчизняній охороні здоров'я вимагають сучасних стандартів надання меддопомоги, тому й повинні рухатися вперед, вчитися, удосконалювати навички. І ми маємо таку можливість завдяки тренувальним базам, які створені в ТДМУ. Теоретичні знання та практичні навички допоможуть учасникам тренінгу бути впевненішими в своїх умін-



во відбувається зупинка кровообігу, тобто клінічна смерть, — каже Галина Цимбалюк. — Це спеціалізований курс, під час якого медики вивчали базові реанімаційні заходи, які виконують в екстрених випадках. Він був організований у рамках співпраці між університетською лікарнею та медичним університетом. Ініціатива належить адміністрації лікарні: головному лікарю Василію Бліхару та головній медичній сестрі Наталії Гасай. Загалом навчання пройшли 400 медичних сестер усіх відділень лікарні, а також поліклініки.

Для кожної групи медичних сестер курс тривав чотири години, його проводили викладачі симуляційного центру й кафедри медицини катастроф та військової медицини. Очолив викладацьку команду доктор медичних наук, професор Арсен Арсенович Гудима, а тренерами виступили асистенти кафед-

поділитися досвідом щодо випадків із власної практики, коли важливо знати та вміти, як правильно виконувати реанімаційні заходи. Наступний етап, за словами Галини Цимбалюк, — відпрацювання практичних навичок щодо відновлення прохідності дихальних шляхів з використанням різноманітних спеціальних та альтернативних засобів. Щодо останніх, важливо зазначити, що вони ще не всі доступні в усіх відділеннях лікарні, хоча їх широко використовують у світі: ларингеальна маска, ларингеальна трубка та інші. Але життя диктує нові вимоги і в майбутньому вміння застосовувати такі засоби буде необхідним кожному медпрацівнику. Також викладачі навчали курсантів використовувати під час реанімації бар'єрні засоби. Адже не таємниця, що деякі пацієнти можуть становити небезпеку для медперсоналу. І рятуючи життя хворому,

нях протистояти критичним ситуаціям. Усі медичні сестри успішно пройшли курс з проведення реанімаційних заходів і за необхідності будуть у повній готовності, аби врятувати найцінніше — людське життя».

У планах керівництва університетської лікарні й надалі проводити такі навчання для середнього медичного персоналу та лікарів. Будуть змінюватися й теми, щоб охопити розмаїті випадки у щоденній практиці медиків.

ЯРОСЛАВ МАТІЙЦІВ: «АНЕСТЕЗІОЛОГ – ПРОФЕСІЯ, ЯКА ОХОПЛЮЄ МАЙЖЕ ВСІ ГАЛУЗІ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ»

Мар'яна СУСІДКО

ЛІКАР-ІНТЕРН-АНЕСТЕЗІОЛОГ ЯРОСЛАВ МАТІЙЦІВ РОБИТЬ ПЕРШІ КРОКИ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ ПІД ПИЛЬНИМ ПОГЛЯДОМ СТАРШИХ НАСТАВНИКІВ. У КОЛЕГ ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ Є СПРАВДІ ЧОГО ПОВЧИТИСЯ. ЇХ ДОСВІД – НЕОЦІННИЙ, ВОНИ ВИРВАЛИ З ТЕНЕТ СМЕРТІ НЕ ОДНЕ ЛЮДСЬКЕ ЖИТТЯ.

– Ярославе, чому обрали саме анестезіологію?

– Під час навчання зрозумів, що анестезіолог – це професія, яка охоплює майже всі галузі медичної сфери. Аби бути справжнім професіоналом своєї справи, потрібно знати біохімію, патофізіологію, анатомію, хірургію, гінекологію. Це всеохоплююча професія, яка стикається з усіма сферами медицини.

У нашому відділенні ніколи не нудно, завжди трапляються різні випадки, лікар повинен блискавично прийняти рішення, щоб допомогти хворому.

Прийшовши на роботу, ти ніколи не знаєш, що саме на тебе

чекає сьогодні. Мені дуже подобається робота анестезіолога.

– Ніколи не шкодували про власний вибір?

– У правильності власного вибору переконався, щойно став студентом. Мені подобалося навчання, з цікавістю слухав старших колег і наставників. Особливо цінними для мене були відвідини університетської лікарні. Нам, студентам, було цікаво спостерігати, як працюють старші колеги, наші викладачі намагалися передати все найкраще, що здобули за роки роботи з хворими.

У лікарні безпосередньо на практиці бачили, як відбувається лікувальний процес, а також мали нагоду поспостерігати за клінічною картиною тієї чи іншої недуги. При спілкуванні з пацієнтами вивчали симптоми та намагалися встановити правильний діагноз. Викладачі перевіряли наші навички й запитували про наші дії в тій чи іншій ситуації, чи правильно вибирали спосіб лікування.

Студентські роки згадую з особливою теплотою, вдалося багато чого навчитися. Дуже вдячний усьому професорсько-викладацькому складові університету. У нас працюють справжні фахівці своєї справи!

– Що найбільше запам'ятовалося зі студентських часів?

– Будучи студентом четвертого курсу, мали заняття на станції швидкої допомоги, разом з лікарями їздили на виклики. Вже під кінець занять, коли всі збиралися додому, я вирішив залишитися, а раптом, гадаю, трапиться цікавий випадок. Мов у воду дивився! За кілька хвилин приходить повідомлення, що на підприємстві з робітником трапилося нещастя: його голову затисло між валами. Ми негайно виїхали на виклик, не можна було гаяти ні секунди. Вже потім з'ясувалося, що лихо трапилося з моїм знайомим, але я його не впізнав, бо він був увесь закряваний. На щастя, його вдалося врятувати, щоправда, він залишився без вуха, але порівняно з можливою трагедією, це дрібниця.

– Який випадок вам запам'ятався найбільше?

– Це було ще до університету. Мабуть, я тоді навчався у 10 класі. Прогулювався центральною частиною міста й побачив, як з вікна випав чоловік. Він дуже сильно постраждав. Тоді я не розгубився й почав надавати домедичну допомогу, як вчили на уроках з медицини, до-

поки не приїхала швидка. На жаль, я не знаю подальшої долі цього чоловіка, маю сподівання, що він вижив-таки.

– Маєте якусь захоплення?

– Дуже люблю готувати їсти. Моя коронна страва вдома й на природі – запечена риба. Якщо збираємося кудись з друзями, завжди готую її я.

– Яка ваша улюблена страва?

– Шашлики.

– Що найголовніше в кожній справі?

– Виконувати її з душею.

– Робота для вас це...

– ... бездоганне виконання своїх обов'язків.

– Чим найбільше пишаєтесь?

– Своєю дружиною.

– Про що не шкодуєте?

– Що обрав саме анестезіологію.

– Ваша улюблена кінострічка?

– Дуже люблю старі радянські фільми на кшталт «Діамантової руки». Вислови з старих фільмів пам'ятаю й досі.

– Який фільм дивилися кілька разів і він вам не набрид?

– «Великий куш» з Гаєм Річі у головній ролі.

– Якщо б мали мільйон доларів, на що б його витратили?

– Мабуть, вклав би їх з користю, приміром, у якусь справу. Завжди мріяв про свій ресторан на березі ставу.

– Щастя для вас?

– Щоб рідні та близькі були здоровими.

– Чи доводилось вам колись за чимось шкодувати?

– Ні, ніколи. Живу за принципом: все, що не трапляється – на краще.

– Успіх – це?

– Для кожного він різний.

– На вашу думку, що обов'язково кожна людина повинна зробити у своєму житті?

– Знайти себе та досягти високих результатів у тій галузі, яка є її покликанням.

– Якщо була б можливість змінити життя та повернути час назад, що б зробили?

– Нічого б не міняв.

– Маєте якусь традицію, якщо випадок можливість, поїхати на відпочинок?

– Відвідую історичні пам'ятки, обов'язково куштую страви у тамтешньому кафе. Маю традицію привозити з кожної поїздки півні гальби.

ОЛЕНА ЯКИМЧУК: «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СУДИННИЙ КУРС ДАЄ НАЙНОВІШІ ЗНАННЯ ЩОДО АРТЕРІАЛЬНИХ І ВЕНОЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»

Мар'яна СУСІДКО

УЧАСТЬ У НАУКОВИХ КОНФЕРЕНЦІЯХ ДАЄ МОЖЛИВІСТЬ НАБРАТИСЯ ДОСВІДУ В ІНОЗЕМНИХ КОЛЕГ, ПРОСТЕЖУВАТИ ЗА НОВИНАМИ У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ Й ЗДОБУТИ НОВІ НАВИЧКИ, – ПЕРЕКОНАНА ДОЦЕНТ КАФЕДРИ ХІРУРГІЇ №1 З УРОЛОГІЄЮ ТА МАЛОІНВАЗИВНОЮ ХІРУРГІЄЮ ІМ. Л. Я. КОВАЛЬЧУКА ОЛЕНА ЯКИМЧУК. НЕЩОДАВНО ВОНА ПОВЕРНУЛАСЯ З НІДЕРЛАНДІВ, ДЕ В МІСТІ МААСТРИХТ ВІДБУВАВСЯ ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СУДИННИЙ КУРС.

– Пані Олено, який цінний досвід здобули під час роботи цього курсу?

– Захід дозволив ознайомитися з передовим досвідом у лікуванні судинної патології, зокрема, захворювань поверхневої венозної системи нижніх кінцівок, тромбозів глибоких вен та уражень периферичних артерій. Мала нагоду простудію-

вати клінічні, фундаментальні дослідження щодо формування постійного судинного доступу для програмного гемодіалізу в недужих з хронічною нирковою патологією, а також взяла участь у майстер-класі та опанувала методику імплантації синтетичного протезу як постійного венозного доступу для гемодіалізу.

Зазначу, що завдяки новим розробкам, ліквідація вертикального та горизонтального рефлюксів, які призводять до венозної гіпертензії в системі поверхневих вен, тобто до варикозної хвороби, проводиться з використання ендовенозної абляції стовбура великої чи малої підшкірних вен, а також склерооблітеруючих методик за типом foam-therapy. Одним з провідних напрямків є радіочастотна абляція, яка порівняно з лазерною, дозволяє мінімізувати больові відчуття в післяопераційному періоді.

Відвідала майстер-клас з ліквідації сітчастого варикозу шляхом пінної склеротерапії. Прогрес у дослідженні патогенезу оклюзивних захворювань



Олена ЯКИМЧУК під час майстер-класу

артерій, а також розробка нових підходів до лікування цієї патології з використанням ендovasкулярних технік дозволять покращити лікування пацієнтів. Імплементация ендovasкулярної хірургії дозволить розширити спектр оперативних втручань в осіб старшого та похилого віку, знизити рівень інтра- та післяопераційних ускладнень, скоротити перебування в стаціонарі,

забезпечити лікування судинних захворювань у хворих з важкою супутньою патологією.

– Яка мета проведення Європейського судинного курсу?

– Основна мета Європейського судинного курсу полягає у забезпеченні теоретичної та практичної освіти, що пропонує учасникам найновіші знання щодо артеріальних та венозних захворювань і судинного доступу для діалізу. Всі учасники можуть приєднатися до запропонованих лекцій, перегляду навчальних відеороликів і майстер-класів. Крім того, пропонується обговорювати складні клінічні випадки у невеликих групах разом з фахівцями у цій галузі, де можна поділитися власними думками та досвідом. Щороку відвідує цю знакову подію майже 2300 науковців.

Ще один цікавий факт про Європейську асоціацію судинних хірургів. Почесним членом її був український серцево-судинний хірург, професор Микола Леонтьєвич Володось, який уперше в світі застосував дистанційне ендопротезування артерій за до-

помогою стентів, а отже, давши розвиток сучасній ендovasкулярній хірургії.

– Які враження у вас від Маастрихту?

– Маастрихт лежить на обох берегах річки Маас. Тут немає ні тюльпанів, ні вітряків, які давно стали візитівкою Нідерландів, це місто старих вузьких вуличок, вимощених бруківкою, оригінальних вуличних скульптур, безліч дзвіниць і церков, відкритих кав'ярень та акуратних строкатих будинків. Воно вирізняється затишними кафе, вулицями, мощеною бруківкою, вишуканою кухнею та елегантною атмосферою. Розташоване між Бельгією та Німеччиною. Дізналася, що свого часу місто мало доволі стратегічне значення. Не раз французи намагалися його захопити. Облогу Маастрихта описав Дюма в романі «Віконт де Бражелон». Під час штурму міста 1673 року загинув ватажок мушкетерів Людовіка XIV капітан-лейтенант Шарль де Бац де Кастельмор, прототип д'Артаньяна, героя авантюрної трилогії. У парку Вальдек знаходиться невеликий пам'ятник герою на місці, де він загинув.

1991 року про це невелике місто в Нідерландах дізнався весь світ, адже саме тут було підписано договір про створення Європейського Союзу. Відтоді Маастрихт є центром європейських і світових політичних, наукових і культурних подій.

НЕБЕЗПЕЧНІ НІТРАТИ: ЯК НАСИТИТИСЯ ВІТАМІНАМИ Й НЕ ОТРУЇТИСЯ

Лариса ЛУКАЩУК

Перші весняні овочі, ягоди, фрукти дуже нас тішать. За тривалу зиму всі встигли знудитися за духмяним запахом і смаками свіжих плодів. Однак, аби їх спожити на користь, а не на шкоду, слід зважити на те, що вони можуть містити досить велику кількість нітратів.

ЩО ТАКЕ НІТРАТИ

Нітрати — це солі азотної кислоти, які містяться в ґрунті та які потрібні рослинам для їх повноцінного росту. Це будівельний матеріал (перетворюється в рослинний білок) для клітин рослини. Під час вирощування городніх культур у сільському господарстві використовують нітратні добрива, збагачуючи ними ґрунт для кращого росту овочів, ягід, фруктів. Нітрати — це природні речовини. І в нормальних природних кількостях вони наявні в усіх рослинах та є нешкідливими для людського організму. Шкідливими стають лише тоді, коли їхня кількість значно перевищує допустимі норми.

ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ

Потрапляючи в організм, нітрати під впливом хімічних реакцій у ньому перетворюються в нітрити. Нітрити вступають у взаємодію з гемоглобіном (важливий компонент крові, який переносить кисень). У результаті гемоглобін перетворюється в метгемоглобін і втрачає здатність виконувати свою головну функцію: переносити кисень. І в організмі настає кисневе голодування. У нормі в людини рівень метгемоглобіну в крові дорівнює 2%. У разі отруєння нітратами цей показник може підвищитися до 30%.

Також слід знати, що надмір нітратів призводить до утворення нітрозамінів, які є найпотужнішими канцерогенами. Нагромаджуючись в організмі, вони сприяють утворенню онкологічних захворювань.

СИМПТОМИ ОТРУЄННЯ

Ознаки отруєння нітратами можуть з'явитися через 1-6 годин після вживання високонітратної їжі. Це: нудота, блювота, біль у животі, діарея (часто з кров'ю); збільшення печінки, іноді пожовтіння білків очей, зниження артеріального тиску, охолодження кінцівок, синюшність нігтів, губ, обличчя, слизових оболонок, задишка, слабкість, сонливість, головний біль, шум у вухах, помутніння свідомості аж до її втрати.

За цих симптомів слід негайно звернутися до лікаря, викликати швидку допомогу. До приїзду медичних працівників потрібно промити шлунок (випити до 2 л холодної води й спричинити блювоту). Після цього можна випити кілька пігулок активованого вугілля з розрахунку 1 таблетка на 10 кг маси тіла чи інші сорбенти.

Аби уникнути отруєння нітратами, під час вживання овочів і фруктів, особливо ранніх, потрібно знати, як їх споживати.

ЯК УБЕЗПЕЧИТИ СЕБЕ

Найбільше нагромаджують нітрати капуста, морква, огірки, кабачки, салат, редиска, редька, буряки, селера, кріп, петрушка, кавуни. Плоди, в



яких міститься багато нітратів, можуть «виділятися» серед інших досить великими розмірами, а також кольором. У нітратній морквинці серцевинка може бути білішою, ніж інші частини. Адже саме там концентруються нітрати. У капусти нітрати збираються в качані та верхньому листі, а в огірках, кабачках — у шкірці та «хвостовій» частині.

Знаючи ці та інші особливості, можна вберегтися від отруєння, застосовуючи деякі прості засоби. Отже, щоб зменшити кількість нітратів:

- перед вживанням замочити свіжі овочі на дві години у ледь підсоленій воді (частина нітратів розчиниться та вийде з плодів у воду);

- під час відварювання 85 відсотків нітратів виходить з овочів у воду. Але важливо відразу після приготування вийняти овочі з води, інакше вони знову вберуть нітрати з відвару. Готуючи борщ чи овочеву юшку, бажано весняні овочі відварити 15 хвилин у воді, злити її, а після цього готувати страву;

- відокремлюйте від плодів високонітратні частини (качан від капусти, шкірку й хвостики з огірків, кабачків, моркви, буряків);

- під час тушкування овочів не накривайте каструлю покриттям, частина нітратів видалиться разом з паром;

- знизити втричі кількість

нітратів у продуктах допомагає кислота, тому слід додавати до них трохи лимонного чи журавлинного соку або яблучного оцту. Можна перед вживанням страв з ранніх плодів випити склянку апельсинового соку, журавлинного морсу чи напою з яблучного оцту (2 ч. л. яблучного оцту й 1 ч. л. меду додати в 1 склянку теплої перевареної води);

- допомагають знизити концентрацію нітратів в організмі вітаміни А, Е, С. Тому вживайте вітамінні комплекси, а також заправляйте страви різними нерафінованими оліями, які їх містять. Вітамін Е міститься в усіх оліях, вітамін А — в гарбузовій, олії шпинату, обліпихи (продають в аптеках) і деяких інших;

- зменшується вміст солей азотної та азотистої кислот у засолених овочах. Найменше їх, наприклад, у малосольних огірках. Через деякий час, коли огірки засолені як слід, у них дещо підвищується кількість нітритів. Тому у весняно-літній сезон ліпше солити огірки в малих кількостях, аби можна було їсти їх, доки вони ще малосольні;

- значно руйнуються нітрати та нітрити в процесі квашення овочів: у квашеній капусті їх вміст різко падає протягом першого ж тижня. Під час бродіння заготовки нітрати частково переходять у розсіл, частково — відновлюються в газоподібні форми азоту;

- не можна купувати навіть ледь прив'язані овочі та фрукти: в них у разі збільшується кількість нітратів. Через це не можна зберігати тривалий час плоди в холодильнику.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ

Для людини, за даними ВООЗ, гранично допустима добова доза нітратів — 3,7 мг на 1 кг маси тіла, нітритів — 0,2 мг. Безпечною вважають норму нітратів до 600 мг на добу, а для дитини — до 50 мг на день. Але ця доза має бути не одноразовою.

Дізнатися вміст нітратів у продуктах можна за допомогою нітратоміру.

Допустимі норми нітратів у продуктах: петрушка, кріп — 1500 мг; редиска, салат, редька, щавель, шпинат — 1200 мг; буряк — 1400 мг; картопля — 120 мг; капуста, кабачки — 400 мг; перець солодкий, огірки — 200мг; морква, баклажани — 300мг; цибуля ріпчаста, диня, — 90 мг; кавуни, яблука, помідори, груші — 60 мг.

ТУБЕРКУЛЬОЗ: КРАЩЕ ПРОФІЛАКТИКА, НІЖ ЛІКУВАННЯ

Ірина КУЛАЧКОВСЬКА,
завідувач санітарно-карантинного відділу обласного лабораторного центру МОЗ України

УПРОДОВЖ ОСТАННІХ РОКІВ ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА ТЕРНОПІЛЛІ, ЯК І В КРАЇНІ ЗАГАЛОМ, НЕЗВАЖАЮЧИ НА ЗНИЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНІСТІ ТА СМЕРТНОСТІ, ЗАЛИШАЄТЬСЯ НАПРУЖЕНОЮ.

За критеріями ВООЗ Україна серед держав з високим рівнем захворюваності — понад 30 випадків на 100 тисяч населення. Щорічно фахівці реєструють 40-50 випадків уперше виявленого захворювання на 100 тисяч населення, рівень смертності — від 10 до 15 випадків на 100 тисяч населення.

Торік в області показник захворюваності на всі активні форми туберкульозу становив 37,1 випадків на 100 тисяч населення, смертності — 4,2 випадки на 100 тисяч населення. Цьогорічного січня та лютого вже зареєстрували 67 випадків уперше виявленого туберкульозу, що становить 6,3 випадки на 100 тисяч населення.

Насторожує той факт, що кожного року в області реєструють випадки туберкульозу серед дітей, підлітків, декретованого контингенту населення (працівники навчально-виховних закладів, харчової та переробної промисловості, лікувальної мережі, сфери надання послуг).

Торік зареєстровано 18 випадків туберкульозу серед декретованого контингенту населення, зокрема, п'ять серед працівників лікувально-профілактичних закладів області (2016 р. — 19 випадків, у т. ч. шість — серед медиків). За результатами проведеної оцінки показників захворюваності на туберкульоз працівників лікувально-профілактичних закладів Тернопільщини за останнє десятиріччя (2008-2017 рр.) показовим є розподіл захворюваності серед різних професійних контингентів.

За звітний період загалом в області зареєстрували 71 випадок туберкульозу серед працівників ЛПЗ, зокрема 12 — серед працівників протитуберкульозних закладів або 16,9%. У структурі захворюваності на туберкульоз перше місце посідають молодші медичні спеціалісти (42,2%),

друге — молодші медичні сестри (28,2%), останнє розділяють — лікарі (14,1%) та обслуговуючий персонал — (15,5%).

Реєстрація показників захворюваності на туберкульоз серед медичних працівників є своєрідним «індикатором» щодо організації роботи як загальної лікувальної мережі, так і протитуберкульозних закладів. Ситуація потребує об'єктивної оцінки з врахуванням специфіки роботи цієї групи — лікувально-профілактичного закладу, характеру виконуваної роботи, час контакту із збудником упродовж



робочого дня, дотримання стандартів інфекційного контролю тощо.

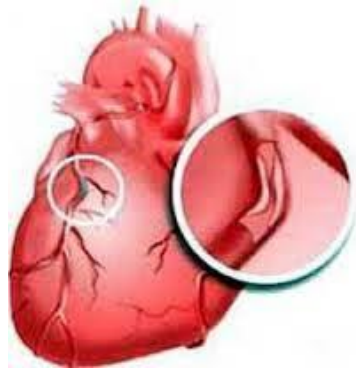
На туберкульоз може захворіти кожен: незалежно від віку, статі, національної приналежності та соціального становища. Інфікування людини не означає захворювання на туберкульоз. За даними статистики, третина людей в світі інфіковані мікобактерією туберкульозу та захворювання розвивається лише в десятій частині. Деякі стани сприяють підвищенню ризику розвитку туберкульозу. Йдеться про постійний контакт з хворим на туберкульоз, ВІЛ-інфікування та захворювання на СНІД, неповноцінне харчування; інтенсивне фізичне навантаження, стрес, шкідливі звички: паління, вживання алкоголю, наркотичних речовин.

Щоб не захворіти на туберкульоз, потрібно уникати прямих контактів з хворими на цю недугу, регулярно провітрювати житло, не допускати нагромадження пилу в приміщенні, турбуватися про власне здоров'я: повноцінно харчуватися, регулярно відпочивати, виконувати фізичні вправи, не палити, не вживати алкоголю, наркотиків. З метою своєчасного виявлення захворювання на ранніх стадіях дорослі підлягають плановому флюорографічному обстеженню в лікувально-профілактичних закладах.

Краще остерігатися туберкульозу, ніж його лікувати. Чим раніше захворювання виявили, тим ефективніше його лікувати.

ЩО ТРЕБА ЗНАТИ ПРО ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ? ЯК ЗАПОБІГТИ ПРОГРЕСУВАННЮ?

Микола ШВЕД,
професор, завідувач
кафедри невідкладної
та екстреної медичної
допомоги ТДМУ,
Олена ПРОКОПОВИЧ,
доцент кафедри
невідкладної та екстреної
медичної допомоги



поєднуються в одного й того ж хворого і діють синергічно, підвищуючи сукупний ризик виникнення гострих судинних патологій — інфаркту міокарда та інсульту.

Гіпертонічна хвороба. У деяких вікових групах ризик ССЗ збільшується удвічі з кожним підвищенням рівня артеріального тиску на 20/10 мм рт. ст. (починаючи з 115/75 мм рт. ст.). Тож життєво важливим для профілактики інсультів і серцевих нападів є раннє виявлення та лікування АГ. За даними ВООЗ, підвищений АТ в Україні має 54% населення (як чоловіки, так і жінки). Більше того, моніторинг епідемічної ситуації в Україні протягом 25 років свідчить про збільшення поширеності цього чинника.

Тютюнопаління. За даними ВООЗ, воно є причиною майже 10% випадків ССЗ. У результаті проспективних когортних досліджень доведено позитивний вплив відмови від куріння на рівень смертності від ішемічної хвороби серця. Дослідження лікарів Великобританії протягом 50 років засвідчили, що вирішальний вплив на тривалість життя колишніх курців має час відмови від куріння: ті, хто кинув курити у віці від 35 до 44 років, мають шанс на таку ж тривалість життя, що й люди без цієї шкідливої звички. Щорічно у світі від тютюнопаління помирає майже 6 млн. осіб, що становить 6% загальної жіночої та 12% чоловічої смертності.

Цукровий діабет. У структурі смертності хворих на ЦД майже 60% смертей відбувається на тлі ССЗ. Ця категорія пацієнтів має вдвічі-тричі вищий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень (особливо це стосується жінок), зокрема. До того ж прогноз після розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих на ЦД менш сприятливий. Ризик ССЗ збільшується з підвищенням рівня глюкози в крові.

Гіперхолестеринемія. Третина всіх випадків ішемічної хвороби серця у світі пов'язана з високим рівнем холестерину. Загалом же, за оцінками експертів, наслідком підвищеного рівня холестерину крові є 2,6 млн. випадків смертей (5% від загальної кількості). Серед мешканців України спостерігається висока поширеність гіперхолестеринемії — 67%. З віком частота гіперхолестеринемії в популяції поступово зростає.

Недостатня фізична активність. У кожного своє бачення цього поняття. Втім, існує чіткий критерій: це менше п'яти 30-хвилинних епізодів помірної фізичної активності на тиждень або менше трьох 20-хвилинних епізодів активного фізичного навантаження. У світі з цим чинником пов'язують 3 млн. випадків смертей щорічно. У людей з недостатньою фізичною активністю ризик померти на 20-30% більший, ніж у тих, для кого «рух — це здоров'я». За даними спеціальних досліджень, лише 13% українців мають достатній рівень фізичної активності, в Європі ж — 40-66%.

Ожиріння. Воно тісно пов'язане з основними факторами серцево-судинного ризику такими, як артеріальна гіпертензія, зниження толерантності до глюкози, ЦД II типу та дисліпідемія. За даними ВООЗ, стандартизованій за віком рівень поширення надмірної маси тіла у дорослих в Україні становить 52%, ожиріння — 20%. За середньою кількістю калорій, спожитих людиною на день, Україна посідає 28-ме місце серед європейських країн, однак їжа одноманітна та незбалансована. Надзвичайно серйозною проблемою в нашій країні є значний рівень споживання солі, який більш ніж удвічі перевищує показник, рекомендований ВООЗ. Треба враховувати, що понад 80% солі надходить з технологічно оброблених продуктів.

Особливості жіночої статі. Щорічно у світі 3 млн. жінок помирають від інфаркту й майже стільки ж — від інсульту. Проте існує безліч хибних уявлень про ССЗ у жінок, зокрема, що ці хвороби їх вражають менше, ніж чоловіків. Насправді це не так — єдиний «привілей» жінок лише в тому, що ССЗ розвиваються у них на 7-10 років пізніше. Фактори ризику у чоловіків і жінок також однакові. Втім, на них впливають ще й гендерні норми і ролі або ж їх «множинність», наприклад, коли працююча жінка зайнята ще й у домогосподарстві.

Обізнаність населення. Люди не завжди мають правильні уявлення про ті чи інші ССЗ. Це можна прослідкувати на прикладі інсульту. Зазвичай «у народі» вважають, що це хвороба літніх людей, хоча, за оцінками ВООЗ, майже 30% інсультів трапляється у віці до 65 років (а у 120 тисяч жінок і 105 тисяч чоловіків — до 45 років). Уже після 35 років з кожним наступним десятиліттям ризик інсульту подвоюється.

Серед головних чинників, на які не можемо вплинути, але вони становлять загрозу появи ІХС, можна назвати такі: несприятлива спадковість, чоловіча стать, вік, старші 40 років.

При поєднанні кількох чинників, ризик появи ішемії серця та мозку стає ще більш високим.

Основні симптоми ІХС

Відомі такі форми ІХС:

Стенокардія. Є найпоширенішою формою ІХС. Проявляється нападами больових відчуттів у грудній клітці, як правило, після фізичного або психоемоційного навантаження, які можуть тривати від кількох секунд до кількох хвилин. При цьому болі виникає раптово й так само швидко зникає після припинення навантаження. В деяких випадках до стенокардії призводить розумова робота, емоційні перенавантаження, переохолодження, що спричиняє спазм коронарних судин, також симптоми можуть з'являтися у стані спокою.

Раптова серцева смерть. Це найважча форма ІХС, що призводить до раптової зупинки серця та смерті протягом години після появи перших симптомів.

Інфаркт міокарда. Причиною є гостра недостатність кровопостачання міокарда, через що виникає ділянка некрозу. Інфаркт міокарда виникає внаслідок повного або майже повного закупорювання артерій атеросклеротичною бляшкою або/та тромбом.

Післяінфарктний кардіосклероз. Виникає після перенесеного раніше інфаркту міокарда та являє собою рубцеву тканину,



яка заміщує м'язову тканину серця. Найчастішими проявами кардіосклерозу є серцева недостатність та аритмії.

Порушення серцевої провідності та ритму. При цьому змінюється нормальна черговість скорочень серця з розвитком тахі- або брадиаритмій, які можуть закінчитися зупинкою роботи серця.

Серцева недостатність. Це клінічний синдром, який пов'язаний з гострим або хронічним порушенням роботи серця, внаслідок якого органи та тканини недостатньо забезпечуються кров'ю. Ця форма ІХС з'являється при перевтомі та перевантаженні серця (внаслідок підвищеного артеріального тиску, вад серця, кардіосклерозу), в разі порушення його кровопостачання (інфаркт міокарда), токсичних впливів (тиреотоксикоз), міокардитів тощо.

Безбольова ішемія міокарда є дуже небезпечною формою ІХС, для якої характерна відсутність больових відчуттів, внаслідок чого у майже 70% випадків виникає раптова коронарна смерть. Якщо вчасно провести обстеження та правильно вста-

новити діагноз, цю форму ІХС цілком можна вилікувати.

Метаболічний синдром

Метаболічний синдром виступає комплексом клінічних і гормональних порушень, які є факторами ризику виникнення сер-



цево-судинних патологій, у т.ч. ІХС та артеріальної гіпертензії.

В основі цієї недуги лежить несприйнятливості тканин до інсуліну (основному гормону, який відповідає за засвоєння глюкози). Подібний стан відомий як інсулінорезистентність. При цьому в крові збільшується кількість глюкози, а також інсуліну (гіперінсулінемія), але глюкоза все одно не надходить в клітини в необхідній кількості.

Люди, в родині яких зустрічалася подібна патологія, дещо більше схильні до різних метаболічних порушень. Також основними причинами, що призводять до цього стану є зниження фізичної активності і споживання надмірної кількості вуглеводів.

Згідно з даними статистики метаболічний синдром зустрічається приблизно у 25 відсотків населення західних держав. Переважно вражає пацієнтів чоловічої статі, у жінок же частота появи збільшується в клімактеричному періоді.

Перші прояви метаболічного синдрому — підвищений тиск і дисліпідемія. Крім цього, відомі такі симптоми цього порушення: абдомінально-вісцеральне ожиріння (при цьому обсяг талії перевищує показник 102 сантиметри у чоловіків і 88 сантиметрів у жінок); інсулінорезистентність (при підвищенні рівня інсуліну); дисліпідемія (є поєднанням низького рівня ліпопротеїдів високої щільності, гіпертригліцеридемії та підвищеного рівня ліпопротеїдів низької щільності); підвищений тиск (показники перевищують 130 на 85 мм. рт. ст.); поява раннього атеросклерозу та ішемічної хвороби серця.

Пацієнт може скаржитися на сильну втомлюваність, задишку, апатію, підвищення апетиту, часте сечовипускання, спрагу, головний біль.

Терапія метаболічного синдрому проводиться, виходячи зі ступеня наявних порушень і тих патологій, які були виявлені у хворого. Лікування полягає в нормалізації обміну вуглеводів, зниженні маси тіла, проявів цукрового діабету та артеріальної гіпертензії.

Далі буде

ПЕРШИЙ ВЕСНЯНИЙ ОВОЧ – РЕДИСКА

РЕДИСКА – НАЙПЕРШИЙ ВЕСНЯНИЙ ОВОЧ, ЯКИЙ ДОПОМАГАЄ НАШОМУ ОРГАНІЗМОВІ ПОПОВНИТИ ВИТРАЧЕНИЙ ЗА ЗИМУ ЗАПАС ВІТАМІНІВ, ЗАРЯДИТИСЯ ЕНЕРГІЄЮ, А ТАКОЖ ЗМІЦНИТИ ІМУНІТЕТ.

Крім того, вона має проти-запальну, кровоспинну дію, підвищує еластичність дрібних кровоносних судин та їхню стійкість до несприятливих умов зовнішнього середовища. Схильним до повноти людям дуже корисно споживати редиску, адже вона допомагає позбутися шлаків, запобігає набрякам, сприяє стабілізації маси тіла, активізує травлення, поліпшує обмін речовин. Волокна клітковини, якої в редисці теж дуже багато, нормалізують рівень цукру в крові. У свіжому вигляді редиска корисна в разі закріпів, циститу, уретриту, а також за таких захворювань, як застуда, гіпертонія, радикуліт, невралгія, атеросклероз тощо.

Увага! За всієї різноманітності лікувальних властивостей редиска має й протипоказання. Зокрема, її слід дуже обережно вживати за виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, гастриту, ентероколіту, тромбозу, подагри, захворювань щитоподібної залози, нирок, жовчного міхура й печінки.

Надмірне вживання редис-

ки може спричинити диспепсію (здуття живота, діарею, біль у животі). Для отримання соку використовують листя та плід рослини. Однак у чистому вигляді його не варто вживати: це може зумо-



вити гостре подразнення слизових оболонок. Тому його слід розводити з водою 1:1. Також не варто приймати протягом двох годин до й після вживання соку кисломолочні напої.

У разі *бронхіальної астми* рекомендують пити по 20 мл соку, навіпл розведеного водою, тричі на день до поліпшення стану, тобто – припинення нападів астми. Засіб можна трохи підсолоджувати рідким медом. За *хронічного кашлю, вірусного бронхіту чи застуди* корисно приймати по 10 мл тричі на добу до їди бальзам на основі соку редиски. Для приготування

бальзаму слід узяти по 100 мл соків алое, редиски, буряків, лимона, журавлини, ріпчастої цибулі, а також 100 мл горілки, 7 г цукру та 20 г меду, все ретельно перемішати. Зберігати засіб у холо-

дильнику в щільно закоркованому посуді. У разі пігментних плям потрібно тричі на тиждень робити спеціальну маску із соком редиски. Для її приготування слід узяти по 1 ч. л. соку редиски, петрушки, огірків та стільки ж сметани. Нанести засіб на обличчя, залишити на 20 хв. і змити. Шкіра обличчя набуде свіжого вигляду, а плями посвітліють.

Якщо *шкіра обличчя суха*, корисно вранці та ввечері протирати її замість тоніка розведеним водою соком редиски. Через 10 хв. слід умитися й змастити шкіру кремом. Уже після кількох

процедур шкіра обличчя стане еластичною, м'якою та зволоженою.

У разі *діареї* помічний такий засіб: відтиснути сік із шести редисок з бадиллям, додати 200 мл молока, 0,5 ст. л. крохмалю кукурудзи, все ретельно перемішати й випити повільними ковтками. Якщо ефекту не буде, через п'ять годин процедуру слід повторити.

За проблем із сечовипусканням (цистит, уретрит) 30 мл соку редиски змішати з 50 мл натурального червоного вина та 20 мл води. Приймати цей засіб двічі на день під час їди. Курс лікування – 10 днів. Такий рецепт годиться також для позбавлення від піску в нирках та нормалізації роботи жовчного міхура.

У разі *ангіни* змішати сік редиски з водою (1:1) й використовувати для полоскання хворого горла. Для того, аби прискорити одужання, можна приймати цей напій і всередину по 1 ст. л. тричі на день. Через 3 дні лікування біль і дряпання в горлі мають припинитися.

За *недокрів'я* допоможе такий засіб: змішати по 50 мл соку редиски, буряків і моркви, вилити суміш у глиняний горщик й упарювати в духовці на слабкому вогні протягом трьох годин. Приймати по 1 ст. л. чотири рази на день.

У разі *авітамінозу* змішати вранці 50 мл соку редиски зі 100 мл соку моркви й випи-

ти під час сніданку. Курс – 1 місяць.

За *болу в спині чи попереку (радикуліт) та невралгії* народна медицини рекомендує прикладати натерту редиску до ділянок, які болять.

У разі *грибка на ногах* помічне бадилля редиски. Для цього його слід зібрати, обчистити від бруду, ретельно висушити й розтерти на порошок. Присипати цим порошком уражені грибком ділянки, доки хвороба не відступить. Лікування тривале, але надійне.

У редиски корисні не лише коренеплід та його сік, а й бадилля, яке багате на вітаміни та мікроелементи. Зокрема, вітаміну С у бадиллі більше, ніж у самому коренеплоді. Воно має пряний та приємний смак. Тож його можна додавати як у салати, так і в супи чи борщі; а також сушити, консервувати й заморожувати.

Салат із редиски

Узяти 1 пучок редиски з бадиллям, останнє помити й дрібно порізати, коренеплід нарізати кружечками. Тоді нарізати півкільцями ріпчасту цибулину й змішати з редискою та бадиллям у салатнику, додати сіль і перець до смаку та заправити олією (2 ст. л.). Зверху посипати зеленою цибулею. За бажання можна додати свіжий огірок, варене яйце, сметану чи домашній майонез.

ТОПОЛЯ – ВІД НЕВРОЗІВ І БОЛЮ

По всій Україні на берегах водойм росте тополя чорна. Це високоросле дерево до 25-30 м висотою, зі світлою корою у молодих дерев і темною, майже чорною, зсередины червоною, дуже грубою – у старих. Бруньки у тополі великі, яйцеподібні чи конусоподібні, зелено-бурі чи бурі, покриті ароматною смолою. Їх і використовують у медицині для лікування різних захворювань. Заготовляють бруньки на початку цвітіння дерева, обриваючи вручну. Сушать у тіні на повітрі чи в сушарках за температури 35°C. Бруньки тополі мають сечогінні, антибактеріальні, протизапальні, кровоспинні, потогінні й болетамувальні властивості. Найчастіше їх застосовують у разі захворювань нирок, циститу, нетримання сечі, болісного сечовипускання, особливо під час вагітності та після операцій, гіпертрофії (збільшення) простати. Крім того, бруньки тополі

помічні в разі неврозів, невралгії, артритів, геморою, діареї, респіраторних захворювань, порушень менструального циклу. Для внутрішнього застосування препарати з бруньок тополі готують так.



Настій: 2 ч. л. подрібненої сировини залити 1-2 склянками окропу, настояти 15 хв., процідити, приймати протягом дня за 3-4 прийоми. Курс лікування 3-4 тижні.

Настоянка: 1-2 ч. л. подрібненої сировини залити 100 мл горілки, настояти 7 днів, приймати по 20 крапель тричі на день. Курс лікування 2-3 тижні.

Бруньки тополі застосовують

і для зовнішнього лікування ран, виразок, опіків, порізів, забиття, геморою, випадання волосся, свербіжу шкіри, дерматиту, для розтирань за подагри та ревматизму. Є кілька форм зовнішнього застосування.

Сидячі ванни: 3 ст. л. подрібнених бруньок залити 4 склянками води, кип'ятити 5 хв., настояти 4 години, профільтрувати, додати у ванну. Таким способом полегшують стан за геморою.

Мазь: 1 частину подрібнених до порошкоподібного стану бруньок додати до 4 частин мажевої основи (свіже вершкове масло або вазелін).

Настій на олії: 1 частину подрібнених бруньок додати до 5 частин олії, кип'ятити на маленькому вогні 30 хв., настояти 15 днів, профільтрувати.

Мазь, настій на олії, а також настоянку застосовують для розтирань суглобів, ушкоджених місць, змащування ран і гемороїдальних шишок.

КАЛИНА ПОЛІКУЄ КРОВОТЕЧІ ТА ГЕМОРОЙ

Калина звичайна теж належить до улюблених рослин українців. Вона росте як кущ чи невисоке дерево – заввишки 2-4 м. Усю зиму лікуємося та вітамінізуємося її красивими чер-



воними ягідками, які зібрали восени. А навесні слід заготовити кору цього куща-дерева.

Зазвичай її застосовують у лікуванні жіночих проблем. Зокрема, як кровоспинний засіб у разі маткових кровотеч, особливо в клімактерич-

ний період, за аменореї, запальних процесів жіночих статевих органів, а також гемороїдальних кровотеч. У цьому разі вживають екстракт кори калини рідкий: 1 частину сировини залити 1 частиною 50% спирту, настояти 1 тиждень, процідити, приймати по 30-40 крапель двічі-тричі на день до їди. Рідкий екстракт можна екстрабувати в аптеках.

Відваром кори промивають промежину за болючих менструацій та болю. Відвар застосовують і з метою спринцювань у разі болю та запальних процесів. Готують його так: 50 г сировини залити 1 л окропу, настояти до охолодження, процідити. Пити теплим.

