

МЕДИЧНА КАДЕМІЯ

№ 14(223)
ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ
22 липня 2008 року



ЩОБ СТАТИ СТУДЕНТОМ, ТРЕБА ВИТРИМАТИ КОНКУРС СЕРТИФІКАТІВ

У ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського приймають документи на вступ. Працює приймальна комісія, абітурієнти, які отримали позитивні результати на тестуванні та мріють здобути вищу освіту в Тернопільському медичному університеті, подають сертифікати тестів. Молоді, амбітні, вони обрали один з провідних медичних ВНЗ України і кожен сподівається, що вступить. Більше всього на світі хочуть, щоб їх донька чи син влилися в лави студентів нашого ВНЗ, батьки. Дехто супроводжує своїх повнолітніх дітей до дверей морфологічного корпусу, де засідає приймальна комісія. Інші хвилюються і переживають вдома.

Але найнапруженіший етап вступної кампанії — конкурс сертифікатів ще попереду. Цього року він відбуватиметься вперше. Впадає у вічі повна відсутність черг при здачі документів, що свідчить про чітку організацію роботи приймальної комісії. Про умови прийому, кількість поданих заяв на ту чи іншу спеціальність, факультет, кількість претендентів на одне бюджетне місце може довідатися кожен бажаючий, варто лише глянути на дошку оголошень перед входом. Тут і перелік документів, які абітурієнту потрібно надати. Не треба шукати ксерокс, щоб зняти копію з паспорта чи іншого документа. Все робиться в стінах університетського корпусу.

— Дуже зручно! — діляться враженнями абітурієнти та їхні батьки.

Відповідальний секретар приймальної комісії, професор Аркадій Шульгай розповів, що в перші дні, коли почався прийом документів, наплив вступників був дуже великий. Отримавши свідоцтва про середню освіту та сертифікати незалежного тестування, випускники шкіл Тернополя й області, які прагнуть здобути вищу медичну освіту, поспішили здати документи в приймальну комісію ТДМУ. Але через кілька днів пік напруги спав. Тепер переважно звертаються абі-



Аркадій ШУЛЬГАЙ, відповідальний секретар приймальної комісії

турієнти з інших областей України, бо копії сертифікатів тестування можна подавати в різні ВНЗ різних міст.

— Аркадію Гавриловичу, розкажіть, будь ласка, докладніше про особливості цього річної вступної кампанії.

— Через загальне незалежне оцінювання якості знань, яке є обов'язковим для всіх бажаючих отримати вищу освіту, цього року відбувається не конкурс абітурієнтів, а конкурсний відбір сертифікатів. Вступних іспитів немає. Абітурієнти можуть подавати заяви не лише на різні факультети, а й у різні ВНЗ. Це передбачено правилами прийому, які затвердило Міністерство освіти і науки України. Заяв від абітурієнтів у приймальну комісію нашого університету надходить дуже багато, набагато більше, ніж у попередні роки. Причому вступники, переважно, подають документи одразу на кілька спеціальностей і факультетів. А в особових справах переважають копії документів, оригіналів мало. Прийом заяв триває, але вже зараз можна сказати, що конкурс за сертифікатами до ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського буде дуже великий. Скажімо, на стоматологічний факультет, бюджетну форму навчання, вже маємо 11 осіб на місце. На фармацевтичний факультет за спеціаль-



Під час прийому документів

ністю «фармація» — 10 осіб на місце. На медичному факультеті за спеціальністю «лікувальна справа» на одне навчальне місце претендують чотири особи. Також є багато претендентів навчатися на стоматологічному факультеті за контрактною формою навчання.

— Коли приймальна комісія завершить прийом документів?

— Прийом завершиться 22 липня о 13 годині.

— Скільки заяв надходить від вступників у ці дні?

— 110-150 заяв щодня.

— Абітурієнти приїжджають з усієї України?

— Так, юнаки й дівчата їдуть звідусіль. Серед вступників багато представників Львівської, Волинської, Рівненської, Одеської, Луганської, Запорізької, Херсонської, Миколаївської та інших областей, Криму.

Нині ці юнаки і дівчата — на життєвому роздоріжжі. Хто з них поповнить лави студентів ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського стане відомо після конкурсу сертифікатів.

Поспілкувалася я того дня і з багатьма вступниками. Одні з них цього року закінчили школу, інші — медичні коледжі, а дехто встиг навіть попрацювати за фахом. Приміром, Олена після закінчення Житомирського базового медичного коледжу працює в поліклініці медсестрою. Мрія дівчини — здобути вищу медичну освіту. Вступатиме на медичний факультет нашого університету, каже, що тут створені найкращі умови для навчання. Медичний факультет обрала й випускниця Костопільської філії Рівненського базового медичного коледжу Наталя. Інша абітурієнтка працює у Хмельницькому міському перинатальному центрі. Ольга — акушер. Розповідає, що закінчила базовий медичний коледж в Хмельницькому, тепер прагне продовжити навчання на заочному відділенні фармацевтичного факультету. Наступний співрозмовник — Юрій —

зі Збаража. Після паспорта першим найважливішим документом в його житті став диплом Луцького медичного коледжу. Тепер юнак хоче піднятися на вищу фахову сходинку, вступивши до університету на фармацевтичний факультет. Вчитися надалі збирається та-



Галина КРИЦЬКА, заступник відповідального секретаря приймальної комісії

кож випускник Чортківського медичного коледжу Михайло. Розповів, що родом з Бережан. Зараз його освітній рівень — молодший медичний спеціаліст. Вирішив вступати на заочне відділення фармацевтичного факультету, щоб стати професіоналом високого гатунку. Хвилюється, чи збудеться мрія?

Прощаючись, бажаю успіху їм усім, хоча розумію: конкурс великий і свої імена у списках новоспечених студентів знайдуть аж ніяк не всі. Лише ті, у кого у сертифікатах найвищі бали.

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



Іванна КЕРНИЧНА, член приймальної комісії

СОНЦЕ В ОКУЛЯРАХ

Постійний вплив ультрафіолету на рогівку ока може призвести до погіршення зору, ранньої катаракти й навіть спричинити опік сітківки ока. Ось чому так важливо впродовж весни-літа носити сонцезахисні окуляри.

Здається, що пораду медиків усі добре засвоїли: вулицями ходить дуже багато людей у сонцезахисних окулярах. Біля яток, на яких продають окуляри, завжди багато покупців, особливо молоді. Але якщо постоїти біля них і прислухатися, за яким принципом добирають сонцезахисні окуляри, то швидко стає зрозуміло, що про безпеку очей турбуються найменше. Сонцезахисні окуляри передовсім лише модний аксесуар, який добирають під колір сукні, сумочки, щоб пасував до обличчя тощо. І більшість купує дешеві. Якісні ж окуляри дешевими не бувають.

Через підробку може впасти зір

Офтальмологи стверджують: краще взагалі ходити без сонцезахисних окулярів, аніж носити дешеві.

— Без захисту око жмуриться й самостійно захищається від яскравого світла. А затемнені, проте не оброблені відповідним чином окуляри, «обманюють» зіницю, відтак вони розширюються. Через такі окуляри легко проходить ультрафіолет. Тож неякісні дешеві окуляри можуть призвести до погіршення зору, викликати опік сітківки ока й навіть стати причиною ранньої катаракти, — стверджує Микола Турчин, доцент кафедри оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії ТДМУ ім. І. Горбачевського, обласний офтальмолог, завідувач офтальмологічним відділенням обласної комунальної клінічної лікарні. — Негативний вплив на очі можете відчути не відразу. І люди пов'язують погіршення свого здоров'я не з неякісними окулярами, а з якимись іншими причинами. Мали багато випадків, коли молоді люди дивилися на сонячне затемнення без захисту й отримали опік центральної ділянки сітківки. Через рік у них починалася дегенерація, вони значно втрачали зір. Часто буває, що люди схоплять «зайчиків» при зварюванні, після цього також виникає дегенерація. В неякісних сонцезахисних окулярах шкідливий не сам матеріал, з якого їх виготовлено, як дехто помилково гадає. Небезпека криється в тому, що лінзи пропускають ультрафіолетове проміння. Затемнені окуляри «обманюють» зіницю. Тож зіниця й ті розширюють-

ся. Тому особливо прискіпливо сонцезахисні окуляри мають вибирати люди, які страждають на короткозорість або захворювання сітківки ока.

Пластик чи скло?

Нині лінзи сонцезахисних окулярів виготовляють або з пластику, або зі скла, причому окулярів з пластиковими (полімерними) лінзами значно більше. Колись вважали, що скляні лінзи ліпші, але з розвитком нових технологій пластик став значно якіснішим й нині за своїми сонцезахисними якістьми він нічим не поступається скляним лінзам.

Натомість окуляри зі скляними (мінеральними) лінзами вважаються небезпечними через свою тенденційність, особливо якщо людина веде активний спосіб життя — при кожному падінні вони можуть розбитися. Якщо ж окуляри впадуть разом зі своїм господарем, то розбившись, можуть поранити йому очі. Саме тому купувати дітям окуляри зі скляними лінзами взагалі не варто — в США це навіть заборонено. До того ж скляні лінзи швидше й більше запотівають та значно важчі від пластикових, відповідно, такі окуляри менш комфортні та зручні. Чи не єдиною перевагою скляних лінз є те, що їх важче подряпати.

Важливу роль відіграє і розмір лінз. Вони повинні захищати від сонця не лише зіницю, а й шкіру навколо ока, тоді «гусячих лапок» буде значно менше. Щодо форми окулярів, то спеціалісти радять надавати перевагу тим, які закривають бокові поля зору. Краще вибрати окуляри, лінзи в яких рівномірно затемнені, бо інакше захист буде неповним, очі швидко втомлюватимуться.

Як правильно вибрати окуляри?

Вибираючи сонцезахисні окуляри, треба не лише дивитися, чи пасують вони до вашого обличчя, а й поцікавитися, який відсоток ультрафіолету затримують. Якщо на окулярах із пластиковими лінзами зазначено: «100% ultraviolet protection», то це має насторожити, бо повністю затримує ультрафіолет лише скло.

— Колір лінзи людина вибирає на власний смак. Дуже приємний для ока зелений, — каже Микола Турчин. — Фотохромні (так звані хамелеони) окуляри — сірі або ко-

ричневі. Нова генерація фотохромів — транзієнти — зовсім не мають початкового відсотка затемнення, проте можуть затемнюватись до 80%.

Що темніший відтінок будь-якого з цих кольорів, то більше світла вони поглинають. Коли купуєте дорогі сонцезахисні окуляри, варто подивитися на внутрішні дужки. Там знайдете інформацію про колір лінз і те, який відсоток світла вони поглинають. Якщо побачите напис В-15 — це коричневі (від англійського brown) лінзи, які пропускають 15% і затримують 85% світла; G-20 — сірі (від англійського gray) або зелені (від green) лінзи, пропускають 20% і затримують 80% світла. Зупинити свій вибір краще на тих, які пропускають менше світла, тобто В-15 чи G-15.



І наостанку — якісних сонцезахисних окулярів на вуличних ятках ви не знайдете, шукайте їх у спеціалізованих магазинах.

Христина ПАНАСЕВИЧ

ВАРТО ЗНАТИ

Згідно з європейськими стандартами, за ступенем захисту від світла сонцезахисні окуляри поділяються на п'ять груп:

Окуляри 0-ї групи пропускають 80-100% світла (незатемнені чи злегка затемнені лінзи) — захищають від сонця, що пробивається скрізь хмари у похмуру погоду.

1 група — пропускають 43-80% світла, призначені для неактивного сонця, носити їх можна лише у міському режимі, або коли сонце не дуже яскраве.

2 група — пропускають 18-43% світла, підійдуть для сонячної погоди.

У погожі сонячні дні важко тривалий час перебувати на вулиці без сонцезахисних окулярів. Від яскравого світла очі швидко втомлюються, сльозяться, ми починаємо жмуритися. Ультрафіолетові промені, активність яких з кожним днем зростає, є для них чи не найбільшим подразником.

3 група — 8-18% світла — для активного літнього сонця.

4 група — 3-8% світла (дуже темні лінзи) — призначені для відпочинку на морському чи гірськолижному курорті, де сонячне проміння відбивається від водної чи сніжної поверхні. Через високу ступінь затемнення категорично не рекомендуються водіям — їм ліпше використовувати сонцезахисні окуляри другої чи третьої групи.

Багато хто вважає, що сонцезахисні окуляри з майже прозорими лінзами не захищають очі від ультрафіолетового випромінювання. Проте прозорість чи колір лінз не мають жодного сенсу до захисту від ультрафіолету. Насправді подібний захист забезпечують спеціальні добавки (плівки) в тіло лінзи чи на її поверхню, які є безбарвними. А колір лінз або ступінь їхнього затемнення впливає на захист очей від надмірно яскравого світла.

Правильно підібрані окуляри приховують вади обличчя. Надто велике чоло приховують окуляри, що «сидять» на самому переніссі. Якщо ви щасливий власник помітного носа, ліпше вибрати велику оправу темного кольору, з подвійною перемичкою, котра сидить трішки нижче перенісся. «Курносий» ніс можуть «виправити» окуляри з піднятою перемичкою. Масивне підборіддя вимагає такої ж масивної оправы, що злегка сповзає з носа, або дуже тоненької оправы овальної форми.

Що означають написи?

Звичайно, на ринку ви ніколи не купите справжніх італійських чи французьких дизайнерських окулярів, тож на відповідні надписи на оправі можна навіть не зважати. Проте трапляється, що й у крамницях та ще й за солідну ціну продають підробки. Про відповідність окулярів європейським стандартам свідчить значок «СЕ». В паспорті, який у дорогих окулярів повинен бути обов'язково, має бути вказано, що окуляри відповідають стандарту N 1836.

Спектральні вимоги до окулярів регламентують ДСТ та інші стандарти, залежно від країни-виробника.

Найкращими вважають сонячні окуляри, які відповідні британському стандарту BS 2742, німецькому DIN 58217 та американському ANSI Z80. Випишіть собі ці назви й шукайте маркування на виробі. Якщо літери або цифри в назвах стандартів переставлені місцями — ви

розглядаєте неякісні сонячні окуляри!

Якщо у паспорті сонцезахисних окулярів є напис «glare protection», це означає, що вони можуть «гасити» блики від відображаючих поверхонь — наприклад, води.

Цікаво

Справжні ж сонячні окуляри, такі, якими звикли їх бачити, були виявлені 200 років тому у Франції і призначалися для захисту очей солдатів армії Наполеона. З того часу технології удосконалювали з року в рік, і до окулярів пред'являли дедалі більші вимоги.

КОМЕНТАР ФАХІВЦЯ

Микола Турчин, доцент кафедри оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії ТДМУ ім. І. Горбачевського, обласний офтальмолог, завідувач офтальмологічного відділення обласної комунальної клінічної лікарні.

Люди з вадами зору теж можуть носити сонцезахисні окуляри

— Захоплення сонцезахисними окулярами, особливо дешевими, які продають на наших ринках, покращенню зору не сприяє. Сонцезахисні окуляри насамперед мають бути фірмові (саме такі мають багато шарів захисту) та сертифіковані. Тому, якщо не хочете купити підробку, — вимагайте сертифікат якості.

Сонцезахисні окуляри будуть корисними й людям з вадами зору. Їх можна носити і не залежно від віку.

Дуже хороші сонцезахисні окуляри — хамелеони: можна брати окуляри будь-яких діоптрій (для людей з вадами зору), але коли потрапляє сонце, вони самі затемнюються, у темному місці, навпаки, висвітлюються.

Втомленим очам допоможе чорниця

Дякуючи вмісту вітаміну А та деяким схожим за своєю дією речовинам, чорниця незамінна при лікуванні проблем зору. З неї роблять ліки та краплі для очей.

Ще більшої слави зажили ці ягоди, коли люди розпочали космічні польоти, їх додавали в раціон космонавтів. Адаже фармакологічні дослідження довели, що хімічні речовини чорниці активізують кровообіг у сітківці ока, таким чином поліпшують зір.

Адам Михайлович виховав сина Володимира, який з відзнакою закінчив Тернопільський медичний університет імені І.Я. Горбачевського, став науковцем і працює в Інституті біохімії Академії медичних наук України.

Ректорат, колектив університету глибоко сумують у зв'язку зі смертю А.М. Галицького, висловлюють щирі співчуття його рідним і близьким.

Ім'я А.М. Галицького назавжди залишиться в історії університету.

ГАЛИЦЬКИЙ АДАМ МИХАЙЛОВИЧ

4 липня 2008 року відійшов у вічність Адам Михайлович Галицький — один з ветеранів першого покоління викладацького складу університету.

Народився А.М. Галицький 21 вересня 1923 року на Тернопільщині. Після закінчення 1943 року учительської гімназії працював у сільських школах. 1950-1953 рр. навчався у Житомирському інституті іноземних мов, з 1954 року — у



НЕЗАБУТНІ

Київському інституті іноземних мов, який закінчив 1956 року.

Працював у середніх школах спочатку Івано — Франківської, а потім Тернопільської областей.

1958-1963 рр. викладав німецьку мову на кафедрі іноземних мов Тернопільського державного медичного інституту.

У роки становлення кафедри іноземних мов А.М. Галицький зробив вагомий внесок у створення навчально-методичного фундаменту, високого академізму, якого досягнув інститут за короткий період своєї роботи. Ректор

інституту неодноразово відзначав Адама Михайловича подяками за сумлінну та успішну працю.

А.М. Галицький запам'ятався висококваліфікованим професіоналом і делікатною, інтелігентною людиною, максималістом щодо вимог соціальної і громадянської справедливості, щирим у стосунках із студентами та колегами.

Пізніше А.М. Галицький працював викладачем у Тернопільському технічному університеті і навіть у пенсійному віці — у середніх школах Тернопільщини.

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

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

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

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

ІСТОРІЯ І СУЧАСНІСТЬ КАФЕДРИ ОНКОЛОГІЇ, ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ І ТЕРАПІЇ ТА РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Минуло 25 років з дня заснування кафедри онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського. Цій даті була присвячена науково-практична конференція «Рациональна цитостатична хіміотерапія в онкохворих», яка відбулася в актовій залі обласного комунального клінічного онкологічного диспансеру. Засіданню передувала перегляд науково-методичних матеріалів (дисертацій, підручників) працівників кафедри.

Учасників конференції тепло привітав завідувач кафедри, професор Ігор Галайчук. Великий інтерес викликала його доповідь «Рациональна цитостатична хіміотерапія в онкохворих». Увагу привернули й інші виступи. Доповідач Василь Олійник докладно й всебічно висвітлював тему: «Цитостатичні фірми ЕБЕВЕ: перспективи розвитку». Історії кафедри онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини, яка бере початок з 1983 року, присвятив свій виступ професор Володимир Дрижак. Надзвичайно цікавими спогадами про роки становлення кафедри поділився з присутніми про-

фесор Геннадій Мороз. Щирий відгук знайшло все сказане в учасників конференції. А завершилися урочини на музичній ноті – виступом вокального тріо обласної філармонії.

Значний внесок у становлення й розвиток курсу внесла асистент, кандидат медичних наук Л.О. Волкова, яка після закінчення клінічної ординатури Київського медінституту викладала рентгенологію та медрадіологію спочатку на кафедрі факультетської терапії, а потім впродовж майже 40 років – на курсі рентгенології. З 1986 до 2002 рр. на курсі променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини працював асистентом, доцентом, завідувачем курсу кандидат медичних наук, доцент В.М. Горошко. Тривалий час він був заступником декана лікувального факультету.

1983 року, за рішенням вченої ради інституту, із самостійних курсів рентгенології та медичної радіології і онкології на базі новоствореного обласного онкологічного диспансеру, який на той час був оснащений сучасною діагностикою та лікувальною апаратурою, створено кафедру онкології, променевої діагностики та радіаційної медицини.

Промовистий факт: 1985 року з ініціативи медичного інституту та за сприяння органів влади онкологічний диспансер придбав гаммакамеру імпортного виробництва для проведення радіонуклідних діагностичних досліджень.

1983 року на посаду завідувача кафедри за конкурсом був обраний доктор медичних наук Г.С. Мороз, хірург-онколог вищої категорії, який до цього тривалий час працював у науково-дослідному інституті в м. Челябінську (Росія). З приходом професора Г.С. Мороза розширився значно діапазон хірургічних втручань, зокрема, на стравоході, легенях, органах серця. З 1987 до 1992 року посаду асистента курсу променевої діагностики і терапії обіймала кандидат медичних наук І.М. Дикан, захистила докторську. Асистентами кафедри працювали О.В. Немировський, завідувач радіологічного відділення обласного диспансеру О.П. Олексій, В.І. Дудко, А.Р. Вайда.

1994 року завідувачем кафедри за конкурсом був обраний



Виступає завідувач кафедри, професор Ігор ГАЛАЙЧУК

доктор медичних наук, професор В.І. Дрижак.

— 2002 року завідувачем курсу променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини призначили доктора медичних наук, професора І.В. Жулкевича. Досвідчений гематолог сприяв покращенню діагностики та лікуванню гемобластозів.

Ігор Галайчук роботу на кафедрі розпочав з 1992 року асистентом, а з 1998 – доцент кафедри онкології. 2005 року захистив докторську дисертацію і на початку 2006 року був призначений завідувачем кафедри. Торік йому присвоєно звання професора.

Нині колектив кафедри – це спеціалісти вищої кваліфікації: завідувач, доктор медичних наук, професор І.І. Галайчук, професори В.І. Дрижак, І.В. Жулкевич, доцент Ю.В. Угляр і чотирьох асистентів – кандидати медичних наук М.І. Домбрович, І.М. Леськів, Н.О. Загурська, Л.В. Шкробот.

Кафедра, одна з небагатьох клінічних кафедр, укомплектована на 100 % докторами і кандидатами.

У різні роки навчальний процес і наукову роботу забезпечували лаборанти кафедри: біолог Я.І. Самойленко, лікарі А.В. Майка, В.І. Солом'яник, О.І. Чеченюк, О.П. Олексій, І.М. Леськів, О.Р. Онишко, Л. Чуйко, М.В. Чемерис, Н.Б. Дацюк. Понад 25 років трудилася старшим лаборантом на кафедрі О.В. Грицко. Старшим лаборантом вже 22 роки плідно працює О.Б. Нагорна.

Успішно закінчили клінічну ординатуру з онкології та рентгенології лікарі Ю.М. Бідованець, Й.М. Гриценко, А.В. Яременко, Л.Ф. Самбор, Д.Б. Кривокульський, М.І. Домбрович, Г.І. Климишук, К.В. Кучеренко, Л.В. Горошко, Я.С. Бадауя, Хішан Мохсен.

— **Ігорю Йосиповичу, розкажіть, будь ласка, про навчальну роботу на кафедрі.**

— Неухильне зростання показника онкологічної захворюваності та високий рівень занедбаності онкологічних хвороб диктують необхідність подальшого удосконалення програми підготовки студентів і лікарів-курсантів з онкології. У зв'язку з прийняттям державних кваліфікаційних

характеристик лікарів виникла необхідність в удосконаленні програми навчання з наголосом на поглибленні вивчення ранньої та доклінічної діагностики пухлин, організаційних формах раннього виявлення пухлин. 25-річний досвід роботи колективу кафедри створив підґрунтя для узагальнення й підбиття підсумків викладання онкології. Передовсім зазначу, що суттєво змінили та розширили навчальні програми.

У зв'язку з впровадженням у медичну практику нових інструментальних і лабораторних методів діагностики кількість годин, які відведені на вивчення дисципліни, виросла вдвічі. Переходу на нові навчальні програми передувала велика за обсягом і дуже ґрунтовна підготовча робота. Створено комплекс навчально-методичної документації, слайдотека як ілюстративний матеріал для лекцій, навчальні набори рентгенограм (у т.ч. комп'ютерні) тощо. З навчальною метою залучили технологію Multimedia, яка дозволила інтегрувати текст, ілюстративний матеріал (графіки, рисунки, анімації), відеоефекти та звуковий супровід за допомогою персонального комп'ютера. На кафедрі створені мультимедійні посібники з онкології, які дозволяють одночасно демонструвати текст, фотографії, графіки, малюнки, відеофрагменти ходу операцій, різних діагностичних маніпуляцій. За таким принципом підготовлено також цикл мультимедійних лекцій з курсу «Променева діагностика і терапія та радіаційна медицина».

Важливим напрямком навчального процесу є інтеграція навчальної програми з онкології з іншими дисциплінами. Вивчення клінічної онкології починається на 5-му курсі і можливість успішного опанування предметом тісно пов'язана з рівнем теоретичної підготовки студентів на попередніх курсах. У зв'язку з цим понад 10 років тому кафедра розробила й впровадила міжкафедральну навчальну програму з онкології – прообраз Z-системи навчання. Вона містить теоретичні питання й деякі практичні навички, які

розглядають на кафедрах патологічної анатомії і патологічної фізіології (3 курс) та кафедрах факультетської і шпитальної терапії та хірургії (4 курс).

Створена комп'ютерна контролююча програма для проведення тестування за типом «Крок».

— **І в науковій роботі теж маєте гарні результати, чи не так?**

— Наукова робота викладачів кафедри всі роки мала різноплановий характер. Тематика наукових досліджень спрямована на покращення діагностики та лікування хворих на злоякісні пухлини різних локалізацій. У різні роки досліджені такі наукові теми: «Розробка комплексної діагностики туберкульозу і раку легень на основі клініко-рентгенологічних, радіонуклідних, інструментальних і лабораторних методів діагностики з метою поліпшення своєчасного виявлення цих захворювань», «Розробка поєднаних топографо-функціональних радіонуклідних «in vivo» та «in vitro» методів для діагностики і реабілітації хворих з пухлинами грудної і черевної порожнини», «Вивчення антигенного, гормонального та імунологічного статусу хворих на злоякісні пухлини основних локалізацій», «Вплив лазеротерапії на резистентність організму при комбінованому лікуванні злоякісних пухлин», «профілактика та лікування печінкової недостатності у хворих на механічну жовтяницю пухлинного генезу», «Роль вірусів



Геннадій МОРОЗ, завідувач кафедри (1983-1994 рр.)

гепатиту В і С, інших причинних факторів у гепатоканцерогенезі». За результатами наукових досліджень захищено дві докторські і п'ять кандидатських дисертацій, опубліковані дві монографії і понад 300 наукових статей, отримано 12 патентів на винаходи.

— **Розкажіть, будь ласка, про основні наукові здобутки.**

— Обґрунтовано застосування комплексу клініко-рентгенологічних, інструментальних і лабораторних методів у диференціальній діагностиці раку та туберкульозу легень;

— Доведена ефективність топографо-функціональних і радіонуклідних методів у діагностиці й реабілітації хворих з пухлинами грудної клітки, черевної порожнини та заочеревинного простору;

— Досліджено антигенний, гормональний та імунологічний статус хворих на злоякісні пухлини основних локалізацій, запропоновані методи корекції виявлених порушень;

(Закінчення на стор. 5)



Професор Володимир ДРИЖАК, завідувач кафедри (1994-2006 рр.)

фесор Геннадій Мороз. Щирий відгук знайшло все сказане в учасників конференції. А завершилися урочини на музичній ноті – виступом вокального тріо обласної філармонії.

Про історію кафедри від заснування до наших днів, здобутки колективу попросила розповісти завідувача кафедри, професора Ігоря ГАЛАЙЧУКА.

— **Ігорю Йосиповичу, про що найчастіше згадується у зв'язку з 25-річчям кафедри? Хто стояв біля витоків?**

— 1970 року на клінічній базі обласного онкологічного диспансеру, що містився на теперішній вулиці князя Острозького в Тернополі, був відкритий курс онкології Тернопільського медінституту. За конкурсом на посаду завідувача обралося доцента М.В. Скибенка, який з 1960 року викладав онкологію на кафедрі факультетської хірургії, а до цього працював у Вінницькому медичному інституті. Пріоритетним в науковій роботі Миколи Володимировича були проблеми діагностики та лікуван-

МІЖНАРОДНИЙ КОНКУРС ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Під час урочистого відкриття конкурсу були представлені керівники делегацій і всі команди. На їх честь zorganizували концерт. Відтак отець Анатолій Зінкевич (УПЦ Київського патріархату) поблагословив усіх присутніх і побажав учасникам конкурсу успішно впоратися з усіма завданнями.

Про стан швидкої допомоги в Україні та Польщі й перспективи розвитку служб інформували представники цих країн. Відтак провели жеребкування і дали перший старт.

На 22 червня припало чотири конкурсні завдання. Часові рамки – з 15 до 21 години. Під час першого завдання під умовною назвою «Ревізія» дві бригади суддів перевіряли, чи відповідає оснащення карет швидкої допомоги наказу Міністерства охорони здоров'я України № 175 від 1997 року, що регламентує, як має бути обладнана швидка. У другому конкурсі: «Відгомін Болоньї» бригадам запропонували десять тестів з варіантами відповідей. Правильна відповідь

Відбувся перший міжнародний конкурс швидкої медичної допомоги, в якому взяли участь 20 команд: 15 – з України і п'ять – з Польщі. Приїхали, зокрема команди швидкої медичної допомоги із Сімферополя, Вінниці, Запоріжжя, Сум, Івано-Франківська, Київського територіального обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Своїх представників відрядили відділення швидкої допомоги Білоцерківської центральної районної лікарні, Кіцманської ЦРЛ, Чернівецька міська станція швидкої допомоги, Тернопільський комунальний центр швидкої медичної допомоги, Тернопільське районне відділення швидкої медичної допомоги, Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Прибула бригада з Львівського клінічного шпиталю Державної прикордонної служби України. Представницьким був і склад зарубіжної делегації, до якого увійшли й посланці воєводських станцій швидкої медичної допомоги міст Люблін, Жешув, Краків, Бельсько-Бяла, добровільна пожежна охорона містечка Куров Бельського повіту, Вітебська міська станція швидкої і невідкладної медичної допомоги (Республіка Білорусь).

задля безпеки учасників. А нагорі пожежники головного управління МНС в області розташували освітлювальні прилади

реабілітації села Микулинці, де треба було продемонструвати вміння надавати медичну допомогу при масовому ураженні. Змоделивали ситуацію, що трапилася нещодавно в Харкові, коли автомобіль виїхав на тротуар і збив пішоходів, які стояли на автобусній зупинці. За умовами конкурсу вісім травмованих лежали на землі, ще двоє перебували в салоні автомобіля. Оцінювалося вміння надати допомогу такої кількості потерпілих одночасно. Крім цього, на бурякопункті смт. Дружба відбувався конкурс водіїв. Конкурс проводив Тернопільський тюнінг-клуб. Він професійно підготував трасу, що нею проїжджали карети швидкої допомоги. Оцінювали час проїзду й відсутність штрафних балів за недотримання схеми руху транспортних засобів.

І, нарешті, ще один конкурс, який теж почався о 9 годині. Він – на фізичну витривалість. Учасники команд спершу тягнули ланцюгом карету швидкої, потім добігали до озера, де на щиті лежав умовно потерпілий, переправляли його човном на протилежний берег, а потім ще транспортували вздовж греблі на відстань 150 метрів. Замість потерпілого було чотири відра води, які треба було пронести, не проливши ні краплі. За літр втраченої води команда отримувала п'ять штрафних очок і поверталася назад. Конкурс тривав до 15 години.



Професор ТДМУ Арсен ГУДИМА



До учасників змагань звертається ректор ТДМУ, член-кореспондент АМН України, професор Леонід КОВАЛЬЧУК

Відтак відбувся сателітний симпозиум «Практичні аспекти догоспітального тромболізу», яку zorganizувала фірма-спонсор «BOENRINGER INGELHEIM». Провідні фахівці-кардіологи розповіли про препарати для тромболітичної терапії, які можуть врятувати життя людини з раптовим інфарктом міокарда чи іншим порушенням кровообігу, що пов'язане з тромбуванням кровоносних судин. Потім про масові ураження та менеджмент катастроф розповів доктор медицини з Ягелонського університету. Аркадіуш Пшос. Заслухав



ли також доповідь про доцільність впровадження в Україні засад Європейської ради реанімації при створенні Української ради реанімації, яку прочитав професор ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського Арсен Гудима.

Усі з нетерпінням очікували оголошення результатів конкурсу. І ось о 19 годині урочисто розкрили конверти з протоколами кожного завдання й повідомили результати. Спеціальна суддівська комісія, до складу якої увійшли, зокрема, представники делегацій Львова, Києва і Одеси, спільно склали підсумкову таблицю та назвали переможців.

Не можна не згадати, що першого дня змагань з 15 до 18 години відбувалися майстер-класи, організовані фірмами-спонсорами, які брали участь у проведенні конкурсу. Це Paramedika, Autoform, Wasko, PROFARM (Республіка Польща), УкрТелеМед ІСС Україна, Юрія

Фарм, MEDCOME UKRAINE, ONIKO (Україна).

В один із днів, коли команди роз'їхалися виконувати завдання, керівники делегацій і представники фірм-спонсорів відвідали комунальний Центр швидкої медичної допомоги. Тут придбали новий реанімобіль (він брав участь у змаганнях), збудували нові гаражі, приміщення для лікарів і, що дуже важливо – нова диспетчерська служба, яка обладнана сучасною комп'ютерною технікою. На станції швидкої допомоги відбулася нарада-семинар, в якій взяли участь, крім учасників конкурсу, представники відділень швидкої допомоги центральних районних лікарень області. З цікавою доповіддю виступила директор станції швидкої допомоги з міста Кракова Малгожата Поплавська. Вона розповіла про умови праці польських медпрацівників зі «швидкої допомоги», про прийняті там, стандарти, відповіді на численні запитання колег.

Після підбиття підсумків конкурсу результати виявилися такими. Перше місце в номінації «Краща українська команда» здобула Вінницька міська станція швидкої медичної допомоги, друге – медична клініка «Борис» (м. Київ). Третьою була бригада швидкої медичної допомоги Львівського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Тернопільяни з міської станції

швидкої допомоги – на четвертому місці.

Перші три команди-переможці отримали кубки та індивідуальні медалі, які вручив ректор ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського, член-кореспондент АМН України, професор Леонід Ковальчук. Кращою серед польських команд виявилася команда добровільної пожежної служби з містечка Куров. І серед закордонних команд їй не було рівних. Крім того, спеціальний приз від ректора ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського, члена-кореспондента АМН України, професора Леоніда Ковальчука отримали представники Хмельницького обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф – за перемогу у конкурсі з надання невідкладної медичної допомоги при масових ураженнях. Хмельничани зі ста можливих балів отримали 98.



передбачала відмінне знання положень про освітньо-кваліфікаційну характеристику лікаря невідкладної допомоги.

Третій конкурс відбувся на березі ставка навчально-оздоровчого комплексу «Червона калина». Суть змагання така: випадкові плавці підняли на борт надувного човна людину, яка тонула, і транспортують її до берега. Там вже чекають двоє друзів потерпілого, які дуже хвилюються за нього. Коли човен припливає до берега, приїжджає бригада швидкої допомоги й медики рятують неприютного. Місцем проведення четвертого конкурсу стало узбіччя дороги між населеними пунктами Дружба, Воля та Микулинці Тербовлянського району.

Автомобіль збив велосипедиста. Пасажир авто теж потерпів, травмувавши шийний відділ хребта. Бригада швидкої, що прибула, змушена надавати допомогу як велосипедисту, так і людині в салоні машини.

Після вечери відбувся нічний конкурс. Він називався «Стара фортеця» і проходив біля стін Тербовлянського замку, а стартував о 22 годині 45 хвилин. Згідно з умовами конкурсу бригада піднімалася на замок серпантинном, уздовж якого протягнули тресувальну смугу. На віражах розмістилися пости міліції та Товариства Червоного Хреста –

ДИЧНОЇ ДОПОМОГИ



Приз за фізичну витривалість і приз від міського голови Тернополя Романа Заставного отримала бригада швидкої допомоги Львівського клінічного шпиталю Державної прикордонної служби України. А спеціальний приз від голови Тербовлянської райдержадміністрації Петра Рупи дістався команді добровільної пожежної служби містечка Куров (Польща), яка в конкурсі «Стара фортеця» отримала найбільше балів. Крім того, були вручені заохочувальні призи.

Слід зазначити, що всі українські команди приїхали з обласних центрів і лише три представляли міські та районні лікарні: центральну районну лікарню міста Біла Церква на Київщині, місто Тернопіль і містечко Кіцмань Чернігівської області. Ректор нашого університету вручив подяки начальникам головних управлінь охорони здоров'я відповідних облдержадміністрацій. Крім того, спеціальний приз «За волю до перемоги» журі присудило представникам Кіцманської центральної районної лікарні. Приємно, що колеги з Кіцманя вже вдруге відвідали наш університет. Уперше команда приїхала торішнього листопада, щоб взяти участь у спільних українсько-польських навчаннях з медицини катастроф. Подяки отримали команди, які прибули з найбільш віддалених на карті Європи точок. Зокрема, у такий спосіб відзначили всі польські команди і команди з Сімферополя, Запоріжжя і Сум. Церемонію вручення нагород завершив чудовий концерт з участю джазового гурту Тернопільського музичного училища.

У рамках конкурсу відбулася також науково-практична конференція-семинар на тему «Організація та надання екстреної медичної допомоги: світовий досвід». Провели й установчі збори, учасники яких розглянули доцільність створення в Україні української ради реанімації. Учасники конференції з вдячністю прийняли запрошення відвідати мальовничі куточки Тернопілля, зокрема, стародавній Кременець, Почаївську лавру та джерело святої Анни. За словами членів делегації, вони були приємно вражені гостинністю, з якою їх приймали на Тернопільщині, професіоналізмом учасників команд і відмінною організацією конкурсу.

Не можна не відзначити співробітників нашого університету, які брали участь в об'єктивному та неупередженому суддівстві, — сказав завідувач кафедри медицини катастроф і військової медицини ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського, професор Арсен Гудима. — Подяки заслужують і волонтери-позоранти, які брали участь у відтворенні конкурсних завдань. Це, зокрема, студенти 5-го курсу 17-18 груп нашого ВНЗ.

Чудово впоралися із завданнями також учні загальноосвітніх шкіл Тернополя Настя Гудима та Володя Лотоцький, велосипедисти дитячої юнацької спортивної школи «Буревісник», які зображали травмованих і допомогли достовірно відтворити екстремальні ситуації, в яких діяли медики. На висоті виявилася й група забезпечення конкурсу. Зокрема, польська делегація була дуже

задоволена своїм перекладачем — студенткою п'ятого курсу ТДМУ Тетяною Потопаловою. Подяки заслуговує й Тербовлянська райдержадміністрація, голова якої, перейнявшись конкурсом, залучив до нього й представників пожежно-рятувальної служби, місцевої міліції. Вони пильно стежили за порядком і самі допомагали в проведенні змагань.

Велику допомогу надало обласне управління МНС. Рятувальний загін брав участь у конкурсі з врятування «потопельника», в змаганні з імітацією дорожно-транспортної пригоди й масового ураження. Пожежники забезпечували освітлення та зорганізували підйом команд на стіни Тербовлянської фортеці під час нічного конкурсу.

Серед присутніх були директор Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги і медицини катастроф Георгій Рошин, радник міністра з питань надзвичайних ситуацій Володимир Громозін, вчений секретар Асоціації лікарів швидкої та невідкладної медичної допомоги і медицини катастроф Віктор Тихенко, головний



лікар Київської міської станції швидкої медичної допомоги та медицини катастроф, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України Андрій Вершигора.

Під час конкурсу була показана колекція одягу — літнього й зимового — для лікарів швидкої медичної допомоги. Її розробили фахівці відділення дизайну Галицького інституту ім. В. Чорновола (відділення очолює Марія Гудима, дизайнер Наталя Питель) і комунального центру швидкої медичної допомоги Тернополя. Форму демонстрували студенти Галицького інституту та нашого університету.

У програмі конкурсу був класичний набір завдань, який відповідає європейським протоколам, — зазначив професор ТДМУ Арсен Гудима. — Такі змагання практикують в Польщі, куди співробітники нашого університету приїздили на запрошення колег. Тепер ми постаралися зорганізувати такий самий конкурс європейського взірця. Судячи з відгуків численних делегацій, які прибули на змагання на Тернопільщину, нам це вдалося!

Оксана БУСЬКА

ІСТОРІЯ І СУЧАСНІСТЬ КАФЕДРИ ОНКОЛОГІЇ, ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ І ТЕРАПІЇ ТА РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

(Закінчення. Поч. на стор. 3)

— Вивчено вплив низькоенергетичного лазерного випромінювання та електрохімічного окислення крові на протипухлинну резистентність організму та рівень ендотоксемії в онкологічних хворих, розроблені відповідні рекомендації із застосуванням зазначених методів корекції;

— Всебічно обґрунтовано й застосовано новий спосіб профілактики печінкової недостатності при лікуванні механічної жовтяниці на ґрунті пухлини;

— Розроблено та впроваджено комплекс заходів з діагностики та лікування меланоми шкіри.

плантацією шкірних лоскутів, променеві та інструментальні методи обстеження хворих з метою диференціальної діагностики механічних жовтяниць, радіонуклідні методи дослідження пухлинних маркерів і гормонів у діагностиці та прогнозуванні клінічного перебігу та ефективності лікування злоякісних пухлин молочної залози, легень, товстої кишки, органів гепатопанкреатодуоденальної зони; позасудинну і внутрішньосудинну низько енергетичну лазеротерапію в комплексному лікуванні хворих на колоректальний рак і меланому, електрохімічне окислення крові в лікуванні ен-



— Вивчена роль вірусів гепатиту В і С у комплексі з іншими причинними факторами в етіології та патогенезі первинного й метастатичного раку печінки.

Наукова робота нерозривно пов'язана з лікувальною. У розв'язанні питань з надання кваліфікованої медичної допомоги онкологічним хворим активну участь беруть співробітники кафедри. Лікувальну, діагностичну та консультативну роботу викладачі здійснюють як на базі обласного клінічного онкологічного диспансеру, так і в лікувально-профілактичних закладах міста та області.

Щорічно понад 20 відсотків проведених у диспансері операцій виконують спеціалісти кафедри. Йдеться про найскладніші оперативні втручання на стравоході, шлунку, печінці та підшлунковій залозі, легенях, органах середостіння, сечостатевої системи, заочеревинного простору, які виконують хірурги вищої кваліфікації, професори В.Дрижак, Г. Мороз, доц Ю. Угляр. Я теж оперую. Водночас ми є кураторами хірургічних відділень обласного онкологічного диспансеру, де щотижня здійснюємо клінічні обходи, проводимо конференції, консилиуми. Асистенти кафедри здійснюють курацію хворих, беруть активну участь у роботі рентгенологічного та радіологічного відділень, кабінетах УЗД, маммографії, топометрії, ендоскопії.

Кафедра розробила й науково обґрунтувала нововведення, які впроваджені в практику закладів охорони здоров'я. Зокрема, йдеться про комбінований спосіб криоелектровисічення злоякісних пухлин шкіри та їх рецидивів з ауто- і гетеротранс-

дотоксикозу у хворих на рак легень і прямої кишки. Розробили й впровадили певні заходи, спрямовані на поліпшення роботи онкологічної служби Тернопілля. Беремо участь у засіданнях обласних наукових товариств, оперативних нарадах, планових виїздах в райони області задля надання консультативної та медичної допомоги з онкології, участь в науково-практичних конференціях і семінарах.

Велику увагу приділяють викладачі кафедри підвищенню кваліфікації з онкології лікарів і середніх медичних працівників області. Щорічно згідно із заздалегідь складеними списками та графіками на базі обласного клінічного онкологічного диспансеру проходять передатестаційні цикли та переривисті курси лікарів, фельдшерів та акушерів з районів області, провідні фахівці кафедри виступають з лекціями на актуальні теми клінічної онкології і проводять практичні заняття.

Плідною виявилася видавнича діяльність кафедри. У видавництві «Укрмедкнига» вийшли чотири монографії, два підручники і три навчальні посібники, компакт-диск.

Нині перед колективом кафедри постають нові завдання, пріоритетними з яких є подальше удосконалення навчання студентів з онкології та радіаційної медицини на засадах доказової медицини та принципах Болонської декларації задля інтеграції нашого університету в європейський навчальний простір.

Надія ГОРОШКО



ОНКОМАРКЕРИ НЕБЕЗПЕКА ГЕЛЬМІНТОЗІВ

Рак — це хвороба, пов'язана з аномальним розростанням і розвитком клітин. Щойно порушується біологічний контрольний механізм, виникають пухлинні клітини. Розуміння біологічних процесів, пов'язаних з нормальним розвитком клітин, клітинним циклом, онтогенезом, загибеллю клітин, а також патологічних процесів, таких, як неопластична трансформація, розвиток і метастазування пухлини, могло б допомогти не лише при пошуку нових пухлинних маркерів, а й у виборі якнайкращого з них для діагностики та оцінки ефективності лікування пацієнтів із злоякісними захворюваннями.

Зараз вимірювання рівнів пухлинних маркерів широко використовують у діагностиці, лікуванні і при спостереженні за станом онкологічних хворих. Пухлинні маркери — це речовини, що утворюються через змінений метаболізм злоякісної трансформованої клітини, а тому при виникненні пухлини їх рівні підвищуються. Нині відомо понад 200 сполук, що відносяться до пухлинних маркерів.

Найбільш інформативні маркери злоякісних пухлин різних локалізацій

Локалізація пухлини	Пухлинний маркер	
	Головний	Другорядний
Рак молочної залози	Ca 15-3	PEA, CA 72-4
Хоріонепителиома	Бета-ХГЧ	
Міхурне занесення	Бета-ХГЧ	
Теранома	АПФ, бета-ХГЧ	
Рак яєчника	Ca 125, Ca 72-4	
Рак тіла матки	Ca 125	PEA, CA 72-4
Рак яєчка	АПФ, бета-ХГЧ	
Рак товстої кишки	PEA	CA 72-4
Рак шлунку	CA 72-4, PEA	

Для деяких онкологічних захворювань існують маркери, придатні для оцінки ефективності терапії, яку проводять. При цьому потрібно брати до уваги кількість позитивних і негативних випадків динаміки рівня кожного маркера.

При регулярному спостереженні за рівнями онкомаркерів можна виявити метастази за 4-6 місяців до їх клінічного прояву. ВООЗ рекомендує такі інтервали взяття проб для аналізу: один раз на місяць протягом першого року після лікування, один раз на два місяці протягом другого року і один раз на три місяці протягом третього року спостереження. Випадкове призначення досліджень на онкомаркери не має сенсу. Необхідно зазначити, що найбільш важливим показником є динаміка змін, а не абсолютні показники концентрації.

Головний маркер — маркер з високою чутливістю і специфічністю до певного виду пухлини.

Онкомаркери в клінічній практиці застосовують для:

- скринінгу задля раннього виявлення злоякісних новоутворень;
- поглибленої діагностики;
- моніторингу ефективності хіміо-променевої терапії;
- визначення ступеню радикальності хірургічного лікування;
- моніторингу хворих у ремісії з метою виявлення рецидиву захворювання в доклінічній стадії;

PEA (раково-ембріональний антиген) — маркер колоректального раку (тобто раку товстої кишки). Залежно від стадії пухлинного процесу його концентрація підвищується у 20-90% хворих. Крім того, у хворих на рак шлунка, молочної залози, жіночих статевих органів у 22-50% випадків виявляють підвищений рівень PEA. Це один з найбільш чутливих маркерів гематогенних метастазів аденокарциноми в печінку, кістки, легені. У хворих на злоякісні пухлини шлунково-кишкового тракту PEA використовують для оцінки ефективності протипухлинної терапії, а також для доклінічного виявлення рецидивів або метастазів.

АФП (альфа-фетопротейн) — маркер раку печінки, герміногенних пухлин яєчника і яєчка. У 90% хворих на первинний рак печінки спостерігають підвищену концентрацію АФП і лише у 10-15% хворих з метастатичним ураженням печінки. CA 72-4 — підвищену концентрацію виявляють у хворих на рак шлунку та муцинозний рак яєчника (70-90% хворих).

CA 125 — основний онкомаркер раку яєчника. Встановлено, що концентрація CA 125 починає наростати за 1,5-2,5 роки до клінічних проявів пухлинного процесу.

CA 15-3 — специфічний онкомаркер раку молочної залози, підвищену концентрацію якого спостерігають у 85% хворих з III-IV стадією і в 20% хворих з I-II стадією. Зміна концентрації CA 15-3 корелює з клінічним перебігом хвороби, висока чутливість (70%) при доклінічних рецидивах пухлини.

**Ігор ГАЛАЙЧУК,
професор ТДМУ**

Кожен мешканець Землі неодноразово хворіє на гельмінтоз. Паразитарні інвазії нині є інтернаціональними, в Європі кожен третій — хворий на гельмінтоз. В Україні щороку офіційно реєструють понад 600 тис. населення, 80% яких припадають на дітей. Але справжня кількість хворих на паразитарні захворювання в Україні значно більша. Взяти до уваги хоча б такий факт: за статистикою, 2004 року в нашій державі виявили 320 814 випадків гельмінтозів, водночас аптечна мережа продала аж 4 165 500 упаковок антигельмінтних препаратів. В Україні 75% виявлених паразитозів становить ентеробіоз, 20% — аскаридоз.

Останнім часом у нас стало більше гельмінтозів, які раніше були рідкісним явищем. Ідеться про опісторхоз, ехінококоз, дирофіляріоз тощо. Зокрема, кількість випадків останнього паразитозу зросла у 52 рази! А переносять збудників дирофіляріозу звичайнісінькі комарі. Почастішав токсокароз, збудником якого є собачі аскариди. Відомо, що тільки в 1 г собачих фекалій міститься 40 млн. яєць токсокарозу.

Клінічний перебіг багатьох гельмінтних захворювань змінився: збільшилася кількість тяжких форм і форм, резистентних до лікування. Поліморфізм клініки сягає від безсимптомного носійства до смертельних випадків гельмінтозів. Неуспішна терапія — синонім невчасно діагностованої хвороби. В ланцюгу клінічного мислення у лікаря паразитарні захворювання завжди є, на жаль, останніми. Збільшується кількість клінічно значимих паразитозів.

Гельмінти — це одні з найдавніших істот на білому світі, тому ступінь виживання у них дуже високий. Дорослі особини чудово почувуються без кисню та світла, до того ж мають «залізни» нерви, яким людина може тільки позаздрити. Найбільші особини сягають до 20 м довжини, найменші — всього кілька міліметрів.

Небезпечними для людини можуть бути і дорослі паразити, і їхні личинки. Залежно від різновиду гельмінти можуть паразитувати в тонкій і товстій кишках, печінці, жовчному міхурі та жовчних протоках, шлунку, кровоносних судинах, м'язах, тканині мозку, очних яблуках. В організмі людини гельмінти можуть зумовлювати широкий спектр патологічних змін.

Дії гельмінтів мають: механічні; подразнення нервових закінчень; виділення нейромедіаторів; запалення слизової оболонки; порушення всмоктування; дисбіоз; гіпоферментоз; алергізація, автоалергізація; формування ендогенної інтоксикації; імунodefіцитні стани; затримка росту і збільшення маси тіла.

При підозрі на паразитів, як правило, робиться аналіз на яйця глист. За різними оцінками експертів,

точність такої діагностики не перевищує 12-20%. Один з найбільш інформативних сучасних методів діагностики — імуноферментний, за специфічними антитілами, що виробляє імунна система у відповідь на наявність значної кількості збудників. Імуноферментна (ІФА) діагностика підвищує точність до 60-95%. Імунологічні методи дослідження (ІФА) частіше використовують для діагностики токсокарозу, ехінококозу, цистицеркозу, альвеококозу, трихінельозу, лямбліозу.

Трихінели — дрібні круглі червоні черви, які розвиваються в кишковокишковій мускулатурі людини. Хвороба, що вони викликають, називається трихінельоз. Личинки проникають крізь стіну кишки в лімфатичні судини, током лімфи розносяться у всі органи й кінцево осідають в попереково-посмугованих м'язах тіла, де через деякий час обмежують себе капсулами та перебувають в спокої тривалі місяці.

Лямбліоз — широко розповсюджене захворювання людини, яке викликане представником сімейства Protozoae Giardia lamblia. Лямблії існують у двох окремих морфологічних формах: цисти (статична форма) та трофозоїти (проліферативна форма). Трофозоїти мають вентральні диски, за допомогою яких вони прикріплюються до поверхні епітелію верхньої кишкової стінки, перешкоджаючи абсорбції живильних речовин. Цисти не мають на поверхневій мембрані ділянок прикріплення до слизової оболонки, тому практично відразу ж виходять у товсту кишку й екскретуються з фекаліями. Трофозоїти також можуть екскретуватися, але лише в період гострої діарейної фази. Повний цикл інвазії завершується вивільненням з організму хазяїна цист, що у зовнішньому середовищі залишаються життєздатними тривалий час.

Токсокароз — це паразитарне захворювання людини, яке спричиняють личинки Toxosaga canis — гельмінти родини собачих (собак, лисиць, вовків). Характеризується тривалим рецидивним перебігом та поліорганными ураженнями імунітетної природи. Токсокароз значно поширений, його реєструють у багатьох країнах. Основним джерелом хвороби є собаки, які забруднюють ґрунт яйцями токсокар. Середня ураженість токсокарозом собак, згідно з обстеженням на різних континентах, становить від 15 до 93%. Найчастіше заражаються діти під час гри в піску або із собакою.

Найбільше ризикують заразитися діти 3-5 років, що мають шкідливу звичку вживати нехарчові речовини (пікацизм, геофагія). Зараження відбувається внаслідок ковтання інвазивних яєць токсокар. У тонкому кишковокишковому тракту личинки, які через слизову оболонку проникають у кровотік, мігрують організмом і запліваються в печінці, легенях, нирках, головному мозку, очах, підшлунковій залозі, щитоподібній залозі, навіть у м'язовій тканині. Тут вони інцистуються, оточуються запальними інфільтратами, утворюючи гранульоми та зберігають при цьому життєздатність протягом тривалого часу (місяцями й роками). Все це зумовлює поліморфізм клінічних проявів.

Основними діагностичними критеріями токсокарозу є рецидивна лихоманка, легенева синдром з рент-

генологічними проявами ураження легень, гепатоспленомегалія, шлунково-кишкова та неврологічні розлади, лімфаденопатія, еозинофільна реакція крові та підвищення ШОЕ.

Опісторхоз — не контагіозна хронічна інвазія з харчовим шляхом зараження. Хворобу викликають гельмінти опісторхи, які паразитують у жовчних ходах печінки, жовчному міхурі та підшлунковій залозі людини, а також у собак, котів, свиней. Опісторхами людина заражається при вживанні в їжу сирової, мало посоленої свіжомороженої, недостатньо термічно обробленої або сирової риби. Опісторхи можуть жити в організмі людини протягом багатьох років. Для хвороби характерні болі в правому підребер'ї, надчеревній ділянці з іррадіацією болей у праву руку, лопатку. Проявляється нудота, блювання, гіркота в роті, порушення апетиту.

Ехінококоз (echinococcosis) — тяжка хронічна хвороба людини, яку викликає паразитування личинок гельмінта Echinococcus granulosus. Статевозріла форма ехінокока паразитує в тонкій кишці кінцевого хазяїна, яким можуть бути собаки, вовки, шакали, лисиці, куниці та інші. Паразит прикріплюється до слизової оболонки кишки кінцевого хазяїна за допомогою присосок і гачків. Живлення глиста відбувається через поверхню його тіла вмістом кишки. Тривалість життя ехінокока в кишках собаки складає в середньому 5-6 міс, іноді майже рік. Коли яйця дозрівають, останній членок відокремлюється від решти і разом з калом виноситься назовні.

Для дальшого розвитку яйця повинні потрапити в травний канал проміжного хазяїна. Зараз відомо 47 видів ссавців, які є проміжними хазяїнами ехінокока (люди, вівці, свині, велика рогата худоба, кози, олені, лосі, верблюди, мавпи та ін.). У травному каналі проміжного хазяїна оболонка яйця руйнується. Звільнений зародок паразита проникає в стінку тонкої кишки, а відтак — у кровоносні капіляри та систему ворітної вени. В результаті цього значна частина онкосфер заноситься переважно в печінку. Тому печінка частіше від інших органів уражається ехінококозом. Решта зародків проходить печінковий бар'єр і через нижню порожнисту вену та правий шлуночок серця потрапляє в легені, де частина онкосфер затримується в легених капілярах, а частина потрапляє у велике коло кровообігу й може занестися в різні органи та тканини хазяїна. Тривалість життя ехінококової кісти може обчислюватися десятиріччями. Вона може загинути в результаті порушення цілості оболонок, ненормального живлення паразита, проникнення всередину мікроорганізмів, токсичних сполук, при відшаруванні оболонок паразита від фіброзної капсули при травмі тощо.

Усі вище перелічені інфекції та пов'язані з ними проблеми зі здоров'ям можна попередити або значною мірою зменшити, дотримуючись санітарних умов та вчасної діагностики.

У консультативно-лікувальному центрі ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського (тел. 25-98-02) проводять висококваліфіковану лабораторну діагностику трихінельозу, токсокарозу, лямбліозу, ехінококозу методом імуноферментного аналізу.

**М. МАНУЦЬКА,
І. КРИНИЦЬКА,
О. ЛАЗАРЧУК,
асистенти кафедри медичної
біохімії та клініко-лабораторної
діагностики ТДМУ**



Доцент Олександр АВДЄЄВ та студентка стоматфакультету Надія ЗІНЬКО

До 50-річчя обласної комунальної клінічної лікарні

ПУЛЬМОНОЛОГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ

Очолила відділення Людмила Федорівна Шведова. 1974 року вона закінчила тодішній Тернопільський медичний інститут. Здобувши диплом,



Людмила ШВЕДОВА, завідувача відділенням

інтернатуру проходила в Збараській центральній районній лікарні. Відтак певний час в обласному центрі працювала на станції швидкої допомоги, дільничним лікарем. Згодом її покликала пульмонологія. Понад п'ять років вже мала стажу лікаря-пульмонолога, коли їй доручили взятися за створення нового медичного підрозділу. На посаду лікаря-ординатора призначили Ольгу Григорівну Лавру. І нині вони примножують добру славу відділення.

Через рік п'ять ліжок відділення перепрофілювали в алергологічні. Проблемами здоров'я алергологічних хворих переймалася



Зіновія ОНУФЕРКО, сестра-господиня

Пульмонологія займається вивченням, діагностикою та лікуванням захворювань органів дихання, легень і бронхів. Відповідний медичний підрозділ в обласній комунальній клінічній лікарні відкрили вже за Незалежності України – 1 листопада 1995 року. 25 ліжок виділили для хворих на ці недуги. Пульмонологічне відділення стало лікувальним та консультативним центром краю. Нездужі з легеневою патологією отримали змогу шпиталізації до спеціалізованого стаціонару.

мила Дмитрівна Дразневська. Прийом таких пацієнтів вона вела й у поліклініці. Зараз Людмила Дмитрівна – на заслуженому відпочинку.

Пульмонологічне відділення одразу ж оснастили відповідною апаратурою та обладнанням. Безперечно, тут завжди тримають руку на пульсі нових методів лікування, впроваджують їх.

Останніми місяцями у відділенні впровадили найсучасніший метод лікування – небулайзерну терапію. Це додало ефективності у ліку-



Ярослава КОСТИК, старша медсестра

ванні хворих на бронхіальну астму, хронічні обструктивні захворювання легень.

Коли ще заглибитися в історію пульмонологічного відділення, то варто нагадати, що 2000 року його ліжковий фонд збільшили на п'ять одиниць і загальна кількість досягла тридцяти ліжок. Звісна річ, з'явилися й нові посади.

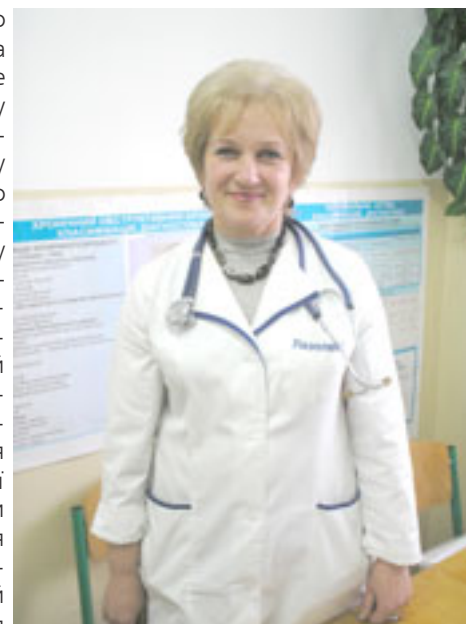
У тому, що медичну допомогу у відділенні надають якісно, є частинка старанності, доброї праці й чуйності середнього та молодшого медичного персо-

налу. Першою старшою медсестрою стала Олена Вікторівна Митькова. Уже четвертий рік цю посаду обіймає Ярослава Петрівна Костик. 2000 року вона стала випускницею тодішнього медсестринського факультету Тернопільської державної медичної академії ім. Івана Горбачевського й прийшла працювати в пульмонологічне відділення обласної клінічної лікарні. Чотири роки трудилася процедурною сестрою, відтак їй висловили довіру й призначили керувати колективом медсестер. А це – шість медичних сестер і дев'ять молодших медсестер.

Зіновія Андріївна Онуферко 21 рік працює в обласній комунальній клінічній лікарні. В пульмонологічному відділенні трудиться сестрою-господинею з першого дня його створення. Вона пересудім дбає про чистоту й належний порядок у підрозділі. Мовить, що дуже задоволена своїм колективом.

2003 року відділення перевели в новий лікувальний корпус. Завдяки цьому значно поліпшили передовсім побутові умови як для медичних працівників, так і хворих. Скрізь – чисто, охайно, затишно. Є дев'ять великих просторих палат на два-чотири ліжка, палата для учасників Другої світової війни, а також їдальня, роздягальня.

Сталися деякі зміни і в штаті



Людмила БОДНАР, доцент ТДМУ

відділення – запровадили знову посаду лікаря-алерголога. Її зайняла кандидат медичних наук Зоряна Анатоліївна Луб'янська.

Принагідно зазначити, що пульмонологічне відділення тісно співпрацює з кафедрою внутрішньої медицини Тернопільського державного медичного університету ім. Івана Горбачевського. Науковці беруть участь у консилиумах, допомагають під час огляду пацієнтів, консультують.

Щорічно в пульмонологічному відділенні лікують до 650 пацієнтів різного профілю. З кожним роком їхній, так би мовити, потік збільшується. Тут вони отримують висококваліфіковану медичну допомогу, добре й чуйне ставлення. І за це всім працівникам підрозділу щиро вдячні.

Микола ВІЛЬШАНЕНКО
Світлина автора

ТЕМА

ДЕМОГРАФІЧНА КРИЗА ТРИВАЄ

1992 року чисельність українців складала 52,24 млн мешканців. За так званий «перехідний період» вона скоротилася більше, ніж на п'ять мільйонів осіб. Ця негативна тенденція зберігається і нинішнього року. Згідно з останніми даними статистики в травні 2008 року Україна втратила ще 24 000 жителів, смертність населення продовжує перевищувати народжуваність. Помноживши це число на 12 місяців, орієнтовано визначимо на скільки тисяч скоротиться чисельність українців цього року.

Народжуваність продовжує залишатися низькою, незважаючи на видані закони про фінансову підтримку держави вагітних і новонароджених. За опитуваннями молоді люди, які вінчаються, планують мати більше двох дітей. До цього слід додати не менше 10 % бездітних шлюбів. Нині в країні кожен третій меш-

канець – пенсіонер. При збереженні згаданої вище ситуації демографи і науковці твердять, що 2050 року чисельність населення України скоротиться до 26-30 млн осіб. Вже зараз у промислових центрах не вистачає кваліфікованих робітників.

Більш високими темпами вимирають сільські мешканці. Протягом останніх 10 років чисельність їх зменшилася на два мільйони осіб, а у восьми тисячах сіл з 2004 до 2008 року не народилося жодної дитини. Молоді люди покинули й покидають села в пошуках роботи у містах або за кордоном. Село дедалі більше перетворюється в резервацію для людей похилого віку. Мова йде про села, розташовані подалі від міст і асфальт-доріг.

Кілька слів про диспропорцію середньої тривалості життя чоловіків і жінок. Для жінок вона

складає 73,4 роки і чоловіків – 61,5 роки, тобто жінки живуть довше на 11,6 років. Між тим, в мусульманських країнах ця різниця складає 2-3 роки, де сильний релігійний вплив на заборону вживати алкогольні напої.

Кожен третій українець помирає в репродуктивному періоді, коли він міг би ще мати дітей та їх виховувати. Така ситуація отримала назву «синдром слов'янського чоловіка». Висока смертність серед чоловіків працездатного віку від нещасних випадків (вбивства, травми, аварії), гострого й хронічного алкогольних отруєнь, тютюнопаління. До цього слід додати так звану «смертельну тріаду» – атеросклероз із серцево-судинними катастрофами, злоскісні пухлини й діабет. Внаслідок такої ситуації у нас на 100 чоловіків припадає 140 жінок, що особливо відчутно у віці за 50 років.

Низька народжуваність й згадана вище ситуація найближчим часом (15-20 років) може спровокувати суттєвий дефіцит трудових ресурсів, при якому буде погіршуватися соціально-економічна ситуація, збільшиться відсоток пенсіонерів, зростуть пенсійні витрати з бюджету. На відміну від інших країн Україна не перенаселена. За рівнем технологій і науки вона посідає аж ніяк не останнє місце. Скорочення чисельності мешканців викличе непередбачену ситуацію, коли не буде кому обробляти родючий український чорнозем. Може статися, що ці родючі землі й країну почнуть заселяти вихідці з Азії та Африки. Хочеться вірити, що чисельність українців почне зростати, а заробітчани з інших країн повернуться додому.

Борис РУДИК,
професор ТДМУ

ЖИТТЄВИЙ ТОНУС

ТАНЦЮВАЛЬНА АЕРОБІКА ДЛЯ ТИХ, ХТО ХОЧЕ СХУДНУТИ Й ЗМІЦНИТИСЯ

Аеробіка (спортивно-танцювальні рухи під музику) за своїм впливом на здоров'я близька до танців.

Нею можна займатися під музику з чітким ритмом, не виходячи з квартири. Заняття аеробікою періодично транслюють по телевізору. Їх ведуть професійні тренери. Тому початківці можуть займатися разом з ними, набираючись досвіду. Комплекси з аеробіки можна придбати і на відеокасетах.

Аеробіка допомагає розробляти суглоби, формувати склепіння стопи (що особливо корисно у разі плоскостопості), розвивати координацію рухів і силу м'язів рук, ніг, плечового пояса, зміцнювати серцево-судинну систему. Вона також допомагає дещо схуднути завдяки темпу і великій кількості рухів. Протипоказання такі ж, як і для занять танцями.

ЖИТТЯ БЕЗ СМЕРТІ БУЛО Б НЕЗАКІНЧЕНИМ

Смерть — це зло лише в силу того, що слідує за нею.

Августин.

Ще людина не встигла народитися, а смерть над нею вже стоїть господинею.

Бхартріхарі.

Якби смерті не стало, життя було б позбавлене всякої поезії.

А. Граф.

У молодості смерть — абстракція, в старості — реальність.

А. Давидович.

Вміння добре жити та легко померти — це одна і та ж наука.

Епікур.

Смерть — єдине, що гарантовано в житті.

О. Локтев.

Якщо смерть — не кінець, то все ж розлука.

А. Круглов.

Життя і смерть ходять разом, але нічого не знають одне про одного.

Е. Кроткий.

Найрозумніше в житті — все-таки смерть, бо лише вона виправляє всі помилки немудрості.

В. Ключевський.

Поет повинен думати про смерть, щоб гостріше відчувати життя.

С. Єсенін.

Життя без смерті було б незакінченим.

С. Сидоров.

Життя — це сума ілюзій, а смерть — єдина реальність.

Х. Лебергер.

Мертвим можна лише заздрити. Співчувати необхідно людям, які є присмерті.

М. де Монталь.

Необхідно хотіти жити й вміти померти.

Наполеон.

Багатство, влада, жінки і діти Тобі потрібні на цьому світі.

На той — і бідний, і багатий Піде один — без проводжати.

Нізамі.

Боїмося не смерті, а думки про смерть, бо до самої смерті завжди за два кроки.

Сенека.

Смерть — останній крик життя.

Х. Кудзус.

Смерть — єдина нагорода за життя.

А. Франс.

З усіх поглядів на світ найсумніший — останній.

Б. Црнчевич.

Остаточку людину примиряє з життям лише смерть.

Л. Шибаршин.

Народження людини — торжество духу над плоттю, смерть — торжество плоті над духом.

І. Шевельов.

ДАТИ

УКРАЇНСЬКИЙ КАЛЕНДАР

1.08.1913р. Померла велика українська поетеса Леся Українка.

1-13.08.1953р. Повстання політичних в'язнів у Норильську.

2.08. День аеромобільних військ.

2.08.1914р. Початок Першої світової війни.

4.08.1919р. Загинув у летунській катастрофі полк Дмитро Вітковський, міністр ЗУНР.

6.08.1657р. Помер у Чигирині гетьман Богдан Хмельницький.

6.08.1937р. Помер український поет Богдан-Ігор Антонич.

8.08. День військ зв'язку.

9.08.1792р. Переселення запорожців на Кубань.

10.08.1907р. Померла українська письменниця Марко Вовчок (Марія Вілінська).

10.08. День будівельника.

14.08.988р. Хрещення Руси-України.

17.08.1883р. Народився ідеолог українського націоналізму Дмитро Донцов.

19.08.1944р. Загинув член УГВР, поет Юрій Липа.

19.08. День пасічника.

19-21.08.1991р. Комуністичний путч у Москві призвів до остаточного розвалу совєтської імперії.

20.08.1925р. Засновано Канівський державний музей заповідник «Могила Т.Г. Шевченка».

21.08.1627р. У Києві вийшов друком перший словник української мови Памви Беринди.

22.08.1944р. Загинув Ростислав Волошин-Павленко, голова Збору УГВР.

23.08. День Державного Прапора України.

24.08. День незалежності України.

21-25.1943р. III Надзвичайний Збір ОУН.

27.08.1856р. Народився український письменник, поет Іван Франко.

29.08.1940р. Помер президент

ЗУНР д-р Євген Петрушевич. Похований у Берліні.

29.08.1992р. Відбулося перепоховання мощей патріарха Йосифа Сліпого у Соборі святого Юра у Львові.

30.08.1920р. З'їзд українців-військовиків у Празі утворив Українську військову організацію (УВО), яку очолив Євген Коновалець.

30.08. День авіації.

31.08.1919р. З'єднані українські війська УНР і УГА здобули Київ.

31.08. День шахтаря.

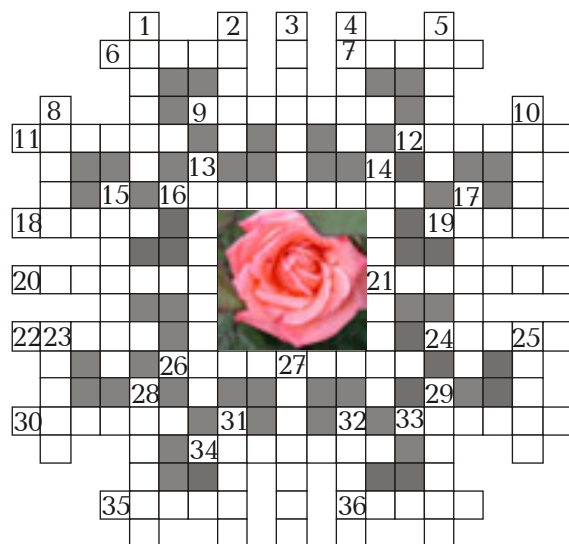
ФОТОВІКНО



У вихорі танцю.

Фото Олега КИЧУРИ

КРОСВОРД



Горизонталь: 6. Марево. 7. Найбільший духовий клавішний інструмент. 9. Автоматична скорострільна зброя малого калібру. 11. Вид гвинтівки. 12. Церемонія, дійство. 16. Стіна із вставленими в неї іконами, яка в церкві відокремлює вівтар від центральної частини. 18. Прибудова біля входу в будинок. 19. Книга, що містить виклад догм і положень мусульманської релігії. 20. Супутник Сатурна. 21. Справжнє ім'я автора на відміну від псевдоніма. 22. Догляд за кимось. 24. Глибока яма. 26. Велике коло небесної сфери, по якому відбувається видимий річний рух Сонця. 30. Співзвучність. 33. У театрі — місця для глядачів у середніх і верхніх ярусах. 34. Старовинний баштовий або стінний годинник. 35. Взаємне завдання ударів, побоїв. 36. Куцова рослина з колючими гілками та великими їстівними ягодами.

Вертикаль: 1. Пристрій для наведення на яку-небудь точку геодезичних інструментів. 2. Старовинна українська картярська гра. 3. Видатний український композитор. 4. Віршова строфа. 5. Хулган. 8. Назва першої літери грецького алфавіту. 10. Господар. 13. Сукупність суспільно-виробничих відносин. 14. Поема Тараса Шевченка. 15. Маленьке, тісне приміщення. 17. Відомий український поет, у комуністичні часи заборонений. 23. Персонаж п'єси М. Старицького «За двома зайцями», для якої «любов — это скандал». 25. Рішення суду, вердикт. 27. Розмальоване Великодне куряче або дерев'яне яйце. 28. Напад з метою пограбування. 29. Український народний танець. 31. Районний центр на Тернопільщині. 32. Грошове стягнення, яке накладається як покарання в адміністративному або судовому порядку.

Відповіді на кросворд, вміщений у № 13(222)

Горизонталь: 8. Корма. 9. Аспірин. 10. Орфей. 13. Політика. 14. Грабунок. 15. Пляма. 16. Атлас. 18. Стрій. 20. Злочинець. 24. Маляр. 26. Агнон. 27. Ви. 28. Ан. 29. Пікассо. 30. Атланта. 31. ТТ. 32. Ар. 33. Шкапа. 37. Талія. 39. Лірохвіст. 42. Комар. 43. Тібет. 45. Амаду. 48. Каліграф. 49. Чорновіл. 50. Ранок. 51. Красуна. 52. Місто.

Вертикаль: 1. Мороз. 2. Амнісія. 3. Остап. 4. «Пісняри». 5. Цинга. 6. Браунінг. 7. Герой. 11. Вираз. 12. Мазь. 17. Словотвір. 18. Сценарист. 19. Замітка. 21. Чи. 22. На. 23. Чортків. 25. Ряска. 26. Атлет. 34. Пролісок. 35. По. 36. Ів. 38. Аллегорія. 39. Лавра. 40. Храбуст. 41. Тіара. 44. Банан. 45. Афера. 46. Учень. 47. Тісто.

Підготувала Лілія БАСК