

# МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

№ 18 (251)  
 ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ  
 26 вересня 2009 року



НОВИНИ

## ОБЛАСТЬ МАЄ ПОТРЕБУ В БУДІВНИЦТВІ СПОРУД ДЛЯ 40 АМБУЛАТОРІЙ ТА 67 ФАПІВ

Відбулася нарада начальників відділів охорони здоров'я райдержадміністрацій та заступників головних лікарів лікувально-профілактичних закладів з питань підготовки й опрацювання інвестиційного проекту.

Проект передбачається реалізувати у рамках постанови Кабміну «Про залучення державним підприємством для постачання медичних установ «Укрмедпостач» 2009 року іноземного кредиту для реалізації інвестиційного проекту щодо проектування та будівництва фельдшерсько-акушерських пунктів і сільських лікарських амбулаторій та оснащення їх медичним та іншим обладнанням під державну гарантію».

За інформацією головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації, враховуючи матеріально-технічну базу наявних приміщень, в яких розміщені заклади первинної сільської мережі та перспективу реорганізації фельдшерсько-акушерських пунктів в амбулаторію загальної практики сімейної медицини на Тернопіллі є потреба у будівництві споруд для 40 амбулаторій та 67 фельдшерсько-акушерських пунктів.

При будівництві зазначених закладів необхідно буде враховувати як встановлення автономного опалення, так і водопостачання й водовідведення.

Для покращення матеріально-технічної бази необхідно провести капітальні ремонти у 25 амбулаторіях та 43 фельдшерсько-акушерських пунктах. Також для стовідсоткового забезпечення сільських лікарських амбулаторій автотранспортом необхідно придбати 135 автомобілів марки «УАЗ», «Нива» й «Славути». Для фельдшерсько-акушерських пунктів потрібно 40 автомобілів і 664 «скутери» (велосипеди).

Матеріали та пропозиції щодо потреби в будівництві сільських лікарських амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів передані на розгляд Міністерства охорони здоров'я України.

(Прес-служба ТерноДА)

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ



Лілія ШУЛІГА, студентка медичного факультету

У НОМЕРІ

Стор. 3

## ЮРІЙ ЧИЖМАРЬ ВЗЯВ УЧАСТЬ В УРОЧИСТОМУ ЗАСІДАННІ ВЧЕНОЇ РАДИ ТА ЗУСТРІВСЯ З СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ



– Почесними професорами нашого ВНЗ є знані представники провідних європейських та американських університетів, з якими у нас тісна співпраця, – сказав ректор ТДМУ, професор Леонід Ковальчук. – Сьогодні мантию і диплом почесного професора отримує голова Тернопільської облдержадміністрації. Присвоюючи це звання, хотіли належно відзначити тісну співпрацю між облдержадміністрацією та університетом, що налагодилася після призначення Юрія Чижмаря керівником області.

Стор. 5

## СТАЖУВАННЯ В ЧЕХІЇ



Завдяки налагодженій тісній співпраці між ТДМУ і Карловим університетом м. Праги стало можливим стажування викладачів нашого ВНЗ.

Про тренінг задля освоєння методу тканинних і клітинних культур читайте у матеріалі.

Стор. 8

## КУРИТИ ЧИ ЩЕ ПОЖИТИ?



Весь колектив нашого університету повинен об'єднатися для боротьби з тютюнокурінням, щоб усунути причини, які сприяють розповсюдженню тютюнокуріння в Україні, зменшити кількість курців, забезпечити права людини на повітря, вільне від тютюнового диму, допомогти курцям звільнитися від тютюнової залежності, насамперед дітям та молоді.

## ПЕРЕДПЛАТИТЬ ГАЗЕТУ НА 2010 РІК



Засновниками газети «Медична академія» є Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського та управління охорони здоров'я облдержадміністрації. Виходить двічі на місяць на дванад-

цяти сторінках, у двох кольорах. Видання широко висвітлює медичне життя Тернопільщини, пише про проблеми й успіхи лікувальних закладів області, фельдшерсько-акушерських пунктів, знайомить з новинками в ме-

дицині, розповідає про медиків Тернопілля. Не стоїть «Медична академія» й остеронь громадсько-політичного життя, торкається також проблем національно-патріотичного, релігійного виховання.

На сторінках газети завжди багато цікавої та корисної інформації. Друкує вона й сканворди.

### ПЕРЕДПЛАТНА ЦІНА

«МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ»:  
 на один місяць – 5 грн 55 коп;  
 на три місяці – 16 грн 65 коп;  
 на півроку – 33 грн 30 коп;  
 на рік – 66 грн 60 коп.

Газету «Медична академія» можна передплатити в будь-якому відділенні зв'язку. Станьте її читачем!

**ІНДЕКС 23292**



# У ТЕРНОПОЛІ БУДЕ УНІВЕРСИТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ

На виконання доручення Голови облдержадміністрації Юрія Чижмари заступник голови облдержадміністрації Федір Шевчук провів робочу нараду з керівниками Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського та головного управління охорони здоров'я щодо створення університетської лікарні в Тернопільській області.

В Україні давно назріла необхідність створення університетських лікарень. Реформа охорони здоров'я, задекларована Президентом України Віктором Ющенком, передбачає створення університетських лікарень (клінік) в обласних центрах.

Як було зазначено під час наради, створення престижної та потужної університетської лікарні в Тернопільській області буде важливим кроком до впровадження страхової медицини у нашому краї, дозволить максимально спростити перехід системи охоро-

ни здоров'я до нових умов функціонування та поліпшити рівень надання спеціалізованої допомоги крyянам, попередивши відтік коштів у сусідні області (Рівненську, Львівську, Хмельницьку, Чернівецьку, Івано-Франківську), як це відбувається зараз.

Це також дозволить скоротити

співпраці Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського з Тернопільською обласною клінічною комунальною лікарнею на коопераційних засадах. У відділенні малоінвазивної хірургії спільними зусиллями університету та лікарні створена найсучасніша клініка, обладнана

цяї співпраці з метою створення університетської лікарні сучасного типу.

Під час наради було обговорено практичні шляхи та кроки, спрямовані на створення такої лікарні.  
**(Прес-служба ОДА)**

\*\*\*

На сесії обласної ради, що відбулася 10 вересня, розгляд проекту «Про пропозиції щодо створення університетської лікарні» розпочався з виступу депутата обласної ради, ректора ТДМУ, члена-кореспондента АМН України, професора Леоніда Ковальчука. Він, зокрема, зазначив, що університетські лікарні є в усіх розвинутих країнах Європи. Найбільш поширена так звана коопераційна модель. Вона передбачає самостійний бюджет лікарні та самостійний бюджет університету, а всі питання співпраці вирішують на основі коопераційної угоди. Наразі обласна лікарня залишається в комунальній власності й зберігає всі

свої функції, але отримує статус «університетської» і додаткові кошти для власного розвитку.

— На жаль, нині через недостатню оснащеність місцевих лікувальних закладів наші крyяни змушені звертатися за допомогою до лікарень Львова, Рівного, Хмельницького, Києва. Тому ми зобов'язані створити лікарню, оснащену за останнім словом науки, — підкреслив Леонід Якимович.

Обласна рада підтримала цю ініціативу майже одностайно. «За» проголосували всі депутати фракції.

Треба сказати, що розгляду на сесії облради питання про створення в Тернополі університетської лікарні передувало ділове обговорення в депутатських комісіях. Підтримавши цю пропозицію, народні обранці, зокрема, ВО «Свобода» вкотре довели: українські зміни на краще почнуться з Тернопілля.

Так само одностайно підтримали депутати ще одну ініціативу нашого ВНЗ: створити навчально-практичний центр реабілітації та догляду за людьми похилого віку в селі Гнилицях Підволочиського району. Можливо, в майбутньому такі центри з'являться і в інших районах.

**Оксана БУСЬКА**

**Створення престижної та потужної університетської лікарні в Тернопільській області буде важливим кроком до впровадження страхової медицини у нашому краї, дозволить максимально спростити перехід системи охорони здоров'я до нових умов функціонування та поліпшити рівень надання спеціалізованої допомоги крyянам.**

видатки з обласного бюджету на лікування в інших клініках: Академії медичних наук, приватних закладах тощо. Адже лікарняні каси, які сплачують таким лікарням кошти за надання медичної допомоги пацієнтам, одержать можливість укладати угоди з престижним і добре оснащеними медичним закладом у себе в області.

Водночас нині вже існує приклад

дороговартісним устаткуванням, в якій пліч-о-пліч співпрацюють професорсько-викладацький склад ТДМУ і лікарі ТОККЛ. Понад 80% коштів на створення цього медичного центру інвестував Тернопільський медичний університет. Силами ВНЗ був проведений ремонт і закуплено обладнання.

Таким чином є всі передумови та можливості для розширен-

## ДО ОСЕЛІ ІВАНА ГОРБАЧЕВСЬКОГО ПРИЇЗДЖАЛИ ПЕРШОКУРСНИКИ

**Студенти-першокурсники нашого університету – майбутні лікарі, фармацевти, стоматологи – відвідали музей-садибу Івана Горбачевського в селі Зарубинцях на Збаражчині.**

Доглянуте обійстя зустріло всіх затишком і квітами. З хвилюванням переступали юнаки й дівчата поріг хати, де народився великий вчений, захоплено оглядали експозицію, де кожен експо-

нат, здається, ще зберігає тепло його рук. Ось на почесному місці – друкарська машинка «Олімпія», яка служила Івану Горбачевському в еміграції. Незважаючи на солідний вік, машинка в чудовому стані. А це – пам'ятний адрес, який соратники, українська наукова еліта вручили академіку 15 травня 1924 року на день його сімдесятиріччя. Донька Антона Горбачевського – Лідія дивом зберегла п'ять вишивок, що були свого часу в хаті Горбачевських. Серед речей

студенти побачили і серветку, вишиту донькою Івана Горбачевського – Ольгою під час учителювання на Закарпатті, і вишивки, які академіку подарувала Олена Пчілка. Юнаки та дівчата розпитували екскурсовода, прагнучи більше довідатися про дитинство видатного науковця й громадського діяча, чиє ім'я носить наш університет.

— Багато хто з першокурсників, які приїхали навчатися з інших областей України, раніше й не знали про те, якою непересічною особистістю був Іван Горбачевський, — розповідає голова ради музею Олена Лотоцька. — Тим приємніше було їх здивування від почутого та побаченого.

Студенти залишилися задоволеними екскурсією, про що свідчать зроблені ними записи в книзі відгуків. Відзначали ретельність, з якою рада музею, зібравши сімейні реліквії, відтворила середовище та атмосферу, в якій виростав майбутній великий вчений. Дякували організаторам за те, що подбали про автобус для поїздки. Багато хто прихопив із собою в дорогу фотоапарати, щоб зробити на пам'ять світлини. Поїздка на батьківщину Івана Горбачевського — перша спільна подорож першокурсників, яка допомогла їм краще познайомитися й подружитися та подарувала незабутні враження.

**Оксана БУСЬКА**

ОБ'ЄКТИВ



**Юлія КРАСНОЩОКА – студентка фармфакультету (ліворуч), а Світлана КРАТАСЮК та Оксана ХАМУЛЯК (праворуч) – майбутні лікарі**



## ЗДОБУЛИ ПРИЗОВІ МІСЦЯ В КОНКУРСІ ЗДОРОВ'Я

Фінал II Всеукраїнського фестивалю-конкурсу «Молодь обирає здоров'я» відбувся в Українському дитячому центрі «Молода гвардія». Як повідомили в управлінні освіти та науки ОДА, серед переможців і призерів II-го є й тернопільська команда «Діти майбутнього», яка виборола II місце у конкурсі плакатів на тему «Головне в іміджі — це здоров'я», «Молодь за майбутнє без СНІДу», «Я обираю здоров'я».

За програмою заходу для 205 його учасників були проведені: конкурс літературно-

музично-спортивних міні-композицій, під час якого команди-учасниці в оригінальній формі популяризували переваги здорового способу життя в сучасній молодіжній культурі; конкурс плакатів, світлин і художніх робіт, присвячених пропаганді здорового способу життя; конкурс-вікторина «Що я знаю про здоровий спосіб життя».

За активну участь у фестивалі всі учасники отримали дипломи Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Одеської обласної державної адміністрації, а переможці — грамоти та цінні подарунки.

**(Прес-служба ТерноДА)**



Редактор **Олег КИЧУРА**  
Творчий колектив: **Лариса ЛУКАШУК, Оксана БУСЬКА, Ярослав СТАРЕПРАВО**  
Комп'ютерний набір і верстка: **Руслан ГУМЕНЮК**

Адреса редакції: 46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1, тел. 52-80-09; 43-49-56 E-mail [academia@tdmu.edu.te.ua](mailto:academia@tdmu.edu.te.ua)

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

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

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

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

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

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



# ЮРІЙ ЧИЖМАРЬ ВЗЯВ УЧАСТЬ В УРОЧИСТОМУ ЗАСІДАННІ ВЧЕНОЇ РАДИ ТА ЗУСТРІВСЯ З СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ

## ОЧІЛЬНИК ОБЛАСТІ – ПОЧЕСНИЙ ПРОФЕСОР ТДМУ



На трибуні вченої ради –  
почесний професор ТДМУ,  
голова облдержадміністрації  
Юрій ЧИЖМАРЬ

– Почесними професорами нашого ВНЗ є знані представники провідних європейських та американських університетів, з якими у нас тісна співпраця, – сказав Леонід Якимович. – Сьогодні мантию і диплом по-

чесного професора отримує голова Тернопільської облдержадміністрації. Присвоюючи це звання, хотіли належно відзначити тісну співпрацю між облдержадміністрацією та університетом, що налагодилася після призначення Юрія Чижмаря керівником області. Юрій Васильович продемонстрував не



Ректор, член-кореспондент АМН України, професор Леонід  
КОВАЛЬЧУК вручає диплом почесного професора ТДМУ  
Юрію ЧИЖМАРЮ

лише бажання, а й вміння розв'язувати проблеми, які стосуються медичної галузі загалом і діяльності нашого університету зокрема. Голова ОДА і депутат обласної ради підтримав проект зі створення навчально-практичного центру реабілітації та догляду за людьми похилого віку в селі Гнилицях Підволочиського району (такі центри функціонують у Нідерландах), проект про відкриття університетської лікарні на базі обласної клінічної. Сесія облас-

ної ради одноставно проголосувала «за».

Згідно з існуючим положенням рішення вченої ради набуває чинності після вручення мантиї та диплома новообраному почесному професорові. Їх вручили під оплески присутніх. Юрій Чижмарь подякував за таку оцінку своєї роботи.

– З хвилюванням приймаю цей диплом. Для мене таке рішення вченої ради – несподіванка. Вручені мені відзнаки налаштовують на подальшу плідну працю. Знаю, що ТДМУ має чудових викладачів і



Під час засідання вченої ради

Урочисте засідання вченої ради ТДМУ відбулося з участю голови облдержадміністрації, кандидата юридичних наук Юрія Чижмаря, якого рішенням вченої ради обрано почесним професором нашого університету. Рішення це зачитав на засіданні перший проректор ТДМУ, професор Ігор Мисула. Потім виступив ректор, член-кореспондент АМН України, професор Леонід Ковальчук.

здібних студентів. Ректор Леонід Ковальчук зробив дуже багато для розвитку університету, розвитку медичної галузі в області загалом і його авторитет в цій царині незаперечний. Переконаний, що університет має гарні перспективи і залишиться на провідних позиціях серед медичних ВНЗ, – сказав голова ОДА.

## ОБГОВОРЮВАЛИ ПРОЕКТ КОНСТИТУЦІЇ УКРАЇНИ

Після урочистого засідання вченої ради в актовій залі відбулася зустріч очільника області зі студентами медуніверситету, присвячена обговоренню проекту Конституції України, яку запропонував глава держави Віктор Ющенко.

– Природно, що молода держава вдосконалює свою законодавчу базу, виправляючи ті помилки й недоліки, з яким зіткнулася в роки свого становлення, – зазначив на початку розмови ректор ТДМУ, член-кореспондент АМН України, професор, депутат обласної ради Леонід Ковальчук. – Як кожна цивілізована держава, Україна проходить свій шлях і наївно було б сподіватися, що він буде легким і простим.

Леонід Якимович зупинився на історичних аспектах процесу творення української Конституції і закликав

молодь до активного обговорення проекту Основного Закону держави.

– Потрібно пам'ятати, якщо не ми – то хто? Ви – майбутня еліта нації, вам розбудовувати нашу державу, змінюючи життя на краще. Тож поміркуйте, як зробити, щоб Україна стала такою, якою ви хочете її бачити.

– Важливо, що проект змін до Конституції проходить відкрите, всенародне обговорення. Це дає можливість суспільству визначитися з базових питань подальшого розвитку держави, – сказав, звертаючись до студентської аудиторії, голова облдержадміністрації Юрій Чижмарь. – Цей законопроект розроблено не задля задоволення персональних або партійних інтересів та амбіцій. І не мають рації ті, хто каже, що зміни роблять «під когось». Залучення гро-



Ректор, член-кореспондент АМН України, професор Леонід  
КОВАЛЬЧУК і голова облдержадміністрації Юрій ЧИЖМАРЬ

мадян до їх обговорення є свідченням того, що проект робиться для народу.

Юрій Чижмарь зазначив, що особлива увага у запропонованому главою держави законопроекті звернена на забезпечення балансу владних повноважень між гілками влади, що дозволить швидко ухвалювати та реалізовувати рішення і водночас убезпечить від узурпації влади та зробить її – владу – відповідальною. Цілком очевидна слушність пропозиції забезпечити у вищому законодавчому органі рівне представництво регіонів. Нині деякі області у Верховній Раді представлені 70 депутатами, а інші – двома. Це призводить до дисбалансу і в розподілі бюджетних коштів. Формування двопалатного парламенту, відкриті списки, коли люди знають, кого обирають і мають право відкликати свого депутата,

– все це забезпечить справжнє народовладдя.

Проект Конституції України, запропонований Президентом, передбачає саме таку систему виборів: кожен наголосив, що глава держави пропонує повернути для місцевих рад мажоритарну систему, щоб кожна громаду представляв конкретний депутат, який би звітував перед виборцями про зроблене.

Проект Конституції, запропонований Президентом України Віктором Ющенком, схвалений Венеціанською комісією – найвищим міжнародним органом, що дає оцінку конституціям держав. Нині триває його обговорення в суспільстві. За результатами обговорення глава держави готовий внести відповідні корегувальні зміни

та запропонувати затвердити нову Конституцію на всенародному референдумі. А тоді Верховна Рада зобов'язана буде легітимізувати Основний Закон України.

З інформацією про внесення змін до Конституції, зініційовані Президентом України, виступив доцент кафедри філософії, суспільних дисциплін та іноземних мов Сергій Бондаренко, який зазначив, що прийняття та затвердження пропонувані змін забезпечить системність, повноту, чіткість і несуперечливість конституційного регулювання суспільних відносин.

– Маємо усвідомити, що процес цей нелегкий, – підбив підсумки ректор нашого університету, член-кореспондент АМН України, професор Леонід Ковальчук. – Бо не завжди на жаль, сповідується принцип доцільності. Часто превалюють інші принципи – корпоративні, бізнесові, політичні. Спостерегаючи за аудиторією, бачу, що студентам не байдуже, які з них переможуть. Тож подбаймо, щоб усе в державі робилося за принципом доцільності. Тоді й життя зміниться на краще.

Голова облдержадміністрації відповів на запитання студентів, що стосувалися ситуації в галузі охорони здоров'я. Нині це найбільш фінансована галузь. 32 відсотки обласного бюджету витрачається на медицину, зазначив Юрій Чижмарь. Проте потреба в коштах ще більша, тому потрібні нові підходи. Переконаний: держава має дотувати не ліжко-місце, не лікувальний заклад, а хворого, гарантувавши оплату медичних послуг соціально незахищеній категорії громадян, сказав керівник області.

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





# СИСТЕМА ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У США

## (Закінчення. Поч. у №17)

Кожен студент протягом навчання повинен максимально проявити себе. Рейтингова система ранжування студентів одного року випуску передбачає постійну конкуренцію між слухачами, що дуже впливає на взаємини між однокурсниками, які суттєво відрізняються від наших. Американські студенти хочуть бути кращими, адже саме таким відкриваються в майбутньому більші можливості у виборі престижнішої та прибутковішої медичної спеціальності. На відміну від українських студентів, американські не підказують один одному, не списують, не підглядають в книжки під час написання тестів. А якщо хтось зі студентів помітить, що його колега списує або користується забороненими матеріалами, обов'язково повідомить викладача чи заступника декана. І це буде обґрунтованим приводом для відрахування з коледжу.

Протягом навчання дуже цінується робота в наукових гуртках та участь у виконанні кафедральних досліджень. Ця діяльність необхідна студенту для подальшої спеціалізації, адже хірургічні напрямки дуже популярні і на них

великий конкурс. Всі випускники медичного коледжу отримують однакові дипломи, але до диплома додається виписка, де вказані оцінки з усіх складених іспитів. Дуже відповідально ставляться й до рекомендацій. Їх не так просто отримати від викладачів. Треба сказати, що викладачі отримують великі заробітні плати і кожен з них дорожить репутацією та ліцензією. Тому рекомендацію дають лише студентам, які проявили свої кращі якості і не осоромлять у подальшому свого викладача.

Після другого і третього курсів навчання є літня практика в шпиталях, хоча вона не обов'язкова.

Головним завданням коледжу є підготувати слухачів до складання трьох обов'язкових іспитів: тестів «Крок-1» і «Крок-2» та клінічного іспиту біля ліжка реального хворого. «Крок-1» складають після другого курсу, другий — перед випуском на четвертому. Ці іспити проводить державна комісія (не працівники університету) з міністерства охорони здоров'я штату, в підлеглості якого університет. До «Кроку-1» входить 200 тестів, він триває 6 годин і вважається складеним, якщо студент набрав понад 51 % правильних

відповідей. До «Кроку-2» входить 300 тестів, він триває 12 годин.

Клінічний екзамен біля ліжка хворого (наприкінці вивчення клінічних дисциплін та практики), вимагає повного обстеження реального хворого, з визначенням діагнозу, плану обстеження та лікування.

Після закінчення медичного коледжу кожен випускник отримує ліцензію ступеня Medical Doctor (MD), яка ще не дає можливість працювати лікарем, адже кожен повинен пройти резидентуру, лише після неї особа має право займатися клінічною практикою.

## IV етап. Вступ до резидентури

Існує суттєва різниця в додипломній і післядипломній освіті в Сполучених Штатах Америки. Навчання в коледжі оплачує студент. Під час проходження резидентури, навпаки, резидент отримує заробітну платню (\$ 40-50 тис. на рік). Тому вступ до резидентури, мабуть, найважливіший етап всієї медичної освіти. Для продовження навчання випускники коледжу надсилають свої заяви в різноманітні медичні заклади США, які мають дозвіл на проведення резидентури. Кожна заява також платна — майже \$100-200 за аплі-

кацію. До заяви кандидат додає наукові роботи, свідчення про свою соціальну активність, рекомендації від відомих спеціалістів, а також інформацію про результати складання всіх іспитів в коледжі. Саме вони мають найвагоміший вплив на рішення комісії про зарахування до резидентури.

Тривалість резидентури переважно три роки, проте також залежить від конкретної лікарської спеціальності. Найбільш відомі: внутрішні хвороби, сімейна медицина, неврологія (один рік — терапія), анестезіологія, загальна хірургія, ЛОР (один рік терапія, три роки — загальна хірургія), травматологія тощо. Цікаво, що є лікарські спеціальності, яких немає в такому переліку в Україні, як-от лікар приймального відділення.

## V етап. Спеціалізація

На відміну від України, в США для того, щоб отримати вузьку лікарську спеціальність слід пройти ще один етап навчання — спеціалізацію. Так, наприклад, щоб стати кардіохірургом чи отоларингологом треба спочатку пройти резидентуру із загальної хірургії, а відтак ще трирічну спеціалізацію з вузької хірургічної спеціальності. Аналогічно, щоб стати кардіоло-

гом чи гастроентерологом слід спочатку пройти резидентуру з внутрішніх хвороб, а потім спеціалізацію з відповідної терапевтичної спеціальності. Найбільш подібним до цього етапу медичної освіти в Україні є інститут магистратури, бо передбачає протягом навчання виконання науково-дослідницької роботи, яку треба захистити наприкінці навчання та опублікувати в науковому журналі. Зараз введення резидентури в Україні дасть змогу наблизити цей етап освіти до американського стандарту.

Конкурс на популярні лікарські спеціальності (дерматологія, гастроентерологія, кардіологія) дуже високий — 40-100 осіб на місце. Тому при доборі претендента враховують всі колишні заслуги й прорахунки.

**Олександр ЯШАН,**  
проректор ТДМУ, професор,  
**Євген ГОЙХМАН,**  
випускник ТДМУ 1986 року,  
викладач курсу реанімації  
Ellis-шпиталю,  
**Міша ТОРОСОВ,**  
професор курсу кардіології  
медичного університету  
м. Олбані

ОБ'ЄКТИВ



**Ірина РОТКО та Катерина СЛАВСЬКА, студентки фармацевтичного факультету (ліворуч)**  
**Людмила ПАЛАМАР та Наталія ФУРКО навчаються на медичному факультеті (праворуч)**

Фото Ярослава СТАРЕПРАВА



ТОВАРИСТВО ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА

## ЗАПОБІГТИ! ВРЯТУВАТИ! ДОПОМОГТИ!

**13 вересня відзначили Всесвітній день надання першої медичної допомоги. Від нещасного випадку, різкого погіршення стану здоров'я не застрахований ніхто. В Україні щороку понад 15 мільйонів осіб потребують екстреної медичної допомоги. На превеликий жаль, врятувати вдається не кожного. За офіційними даними, за 8 місяців цього року зареєстровано 267 ДТП, в яких потерпіли люди: 45 загиблих, 358 травмованих.**

— Статистика Міністерства охорони здоров'я свідчить, що до 60 відсотків хворих і потерпілих можна було б врятувати, якби вчас-

но їм надали першу долікарську кваліфіковану допомогу, — розповідає головна медична сестра обласної організації Товариства Червоного Хреста Марія Кокіс. — Медики можуть спізнитися, але поруч, як правило, є інші люди: родичі, сусіди, друзі, перехожі. Людині, якій стало погано або яка отримала травму, ще до приїзду «швидкої» може допомогти той, хто володіє необхідними навичками. На жаль, є сумні випадки. Людина в задушливій електричній знепритомніла — і ніхто не знає, що робити. Раптово відмовило серце — і нікого, хто міг би зробити закритий масаж чи штучне дихання. Потерпілому в ДТП треба терміново накласти джгут на пошкоджену артерію чи правильно зафіксувати переламану кінцівку — чекають приїзду лікаря. На жаль, більшість наших громадян не вміють надавати першу допомогу. Бракує елементарних знань і спеціальних навичок.

Головна мета запровадження Всесвітнього дня надання першої медичної допомоги, який відзначають у другу неділю вересня, — допомогти людям зас-

воїти необхідні знання та навички. Знання породжують впевненість. Це дуже важливо — знати, як правильно діяти в екстремальній ситуації, в умовах дефіциту часу, коли рахунок іде на секунди. Особливо багато важать перші 20 хвилин, коли людина, що потрапила в критичну ситуацію, балансує між життям і смертю.

Готуючись до Всесвітнього дня надання першої медичної допомоги, члени обласної Червонохрестної організації активізували просвітницьку роботу серед дорослих, а також у школах, вищих і професійно-технічних навчальних закладах. Відбулися вуличні акції та тренінги, які допомагають оволодіти знаннями, що спрацюють у критичну мить. Зокрема, в рамках акції «Запобігти! Врятувати! Допомогти!» спільно з обласним управлінням МНС і медуніверситетом зорганізували показові навчання. До речі, найбільший інтерес до знань виявляють саме учні, студенти та матері з дітьми.

**Надія ГОРОШКО**

## НАДАТИ ПЕРШУ ДОПОМОГУ ПОТЕРПІЛОМУ

**Кафедра медицини катастроф при нашому медуніверситеті існує вже 13 років, і увесь цей час її викладацько-професорський склад плідно й тісно співпрацює з колегами з Товариства Червоного Хреста.**

Наше спільне завдання — навчання населення наданню невідкладної й кваліфікованої першої допомоги потерпілим від нещасних випадків. Обґрунтовуючи архіважливу потребу цього, назву лише кілька цифр і фактів: щороку в Україні гине від нещасних випадків в середньому 62-64 тисячі осіб. Серед причин, що викликали смерть, на першому місці — суїцид, на

другому — дорожньо-транспортні пригоди й насамкінець — отруєння сурогатами алкогольних напоїв. Висновки судово-медичної експертизи свідчать: якби потерпілим упродовж півгодини після нещасного випадку було надано кваліфіковану першу допомогу, до 60 відсотків з них вдалося б урятувати.

На превеликий жаль, більшість жертв такої допомоги не отримують — з тієї банальної й сумної причини, що люди, які опиняються поруч, не володіють навичками її надання або своїми невмілими спробами допомогти потерпілим завдають їм непоправної шкоди.

Докладемо усіх зусиль, щоб змінити цю ситуацію. Кожен має вміти надати невідкладну й кваліфіковану першу допомогу потерпілому в будь-якій ситуації. Кожна молода людина може стати потенційним волонтером Червонохрестного товариства.

**Арсен ГУДИМА,**  
професор ТДМУ



# СТАЖУВАННЯ В ЧЕХІЇ

Стажувалися ми на базі наукової лабораторії інституту медичної біохімії, який заснував ще 1884 року наш видатний співвітчизник, славетний вчений зі світовим ім'ям І.Я. Горбачевський. Трохи згодом цей знаний науковець очолив медичний факультет, де пропрацював чотири каденції, після чого був обраний ректором Карлового університету. Ім'я І.Я. Горбачевського і зараз дуже шановане його послідовниками в Чехії. Зокрема, 2004 року з ініціативи класичного Карлового університету і ЮНЕСКО широко відзначалося 150-річчя від дня народження видатного українсько-чеського біохіміка, культурного та просвітницького діяча І.Я. Горбачевського.

Зараз інститут біохімії першого медичного факультету найстарішого чеського ВНЗ очолює професор Станіслав Штіпек. У його кабінеті висить великий портрет І.Я. Горбачевського та оригінали документів, що засвідчують причетність Івана Яковича до цієї старовинної будівлі у центрі Праги. Станіслав Штіпек є автором біографічної книги про нашого видатного краянину й з особливою теплотою та душевністю зустрічає тернополян у стінах свого інституту. Завдяки люб'язному запрошенню професора Штіпека та декана першого медичного факультету Томаша Зіми мали можливість перейняти досвід роботи чеських колега-науковців з культивування тканин і клітин.

Метод культивування тканин тваринних організмів *in vitro* почали систематично використовувати в науці з початку ХХ століття. 1912 року Каррель довів, що для тривалого виживання поза організмом тваринні клітини потребують забезпечення поживними речовинами та збереження асептичних умов у культуральному середовищі. Спочатку дослідники використовували лише фрагменти тканини чи органу. Тому ріст та розмноження клітин відбувалися лише завдяки деякій міграції клітин поза культивовані фрагменти. Тепер такий метод називають тканинною культурою. Починаючи з 50-х років минулого сторіччя, для культивуван-



(Зліва направо) керівник лабораторії, доктор Ян ПЛАТЕНІК (Чехія), асистент ТДМУ Світлана ТРАЧ РОСОЛОВСЬКА, доктор Ян КРТІЛ (Чехія), доцент ТДМУ Аліна ДОВГАЛЮК і доктор Мартін ВІЕРАЖКА

ня використовують також і дисперговані клітини, отримані з тканини чи органу. Цей метод отримав назву клітинної культури.

Використання методу культивування клітин дало змогу виявити й вивчити конкретні хімічні регулятори клітинного поділу, диференціації, міграції та метаболізму, а також визначити молекулярні механізми їхньої дії.

Суть методу тканинних і клітинних культур полягає у забезпеченні таких умов *in vitro*, за яких клітини зберігають свої головні біологічні функції. Основним критерієм під час вибору тканини чи лінії клітин для дослідження є природа того процесу, який мають намір вивчати науковці. Скажімо, вивчення таких загальних клітинних процесів, як біосинтез ДНК, проникність мембран чи визначення цитотоксичності може бути здійснене на будь-якому типі клітин. Але дослідження спеціалізованих клітинних функцій таких, як утворення міофібрил, синтез антитіл чи регуляція синтезу певних ферментів, гормонів потребує використання спеціальних типів клітин, у яких виявляються згадані функції.

В органній (тканинній) культурі здебільшого зберігаються міжклітинні взаємодії, протягом тривалого періоду часу підтримується гістологічна та біохімічна диференціація, проте

відсутня проліферація клітин. На відміну від цього, клітинні культури не мають гістологічної структурної організації, втрачають характерну для тканини архітектуру і пов'язані з нею біохімічні ознаки. Клітини в цих культурах здатні до розмноження, що забезпечує збільшення загальної маси клітин. Завдяки цьому їх зручно досліджувати в однотипних паралельних експериментах. Крім того, певна клітинна популяція може бути збережена шляхом заморожування (кріоконсервації) з метою подальшого її поновлення.



У лабораторії культивування клітин

Як правило, культури, одержані з ембріональних тканин, характеризуються кращим виживанням та активнішим ростом порівняно з культурами відповідних тканин дорослих організмів. Очевидно, цей факт відображає нижчий рівень спеціалізації та наявність в ембріонах клітин-попередників і/чи стовбурових клітин. Тканини дорослих організмів здебільшого характеризуються зниженим проліферативним потенціалом і високим вмістом спеціалізованих клітин, що не діляться. Отже, ембріональні тканини мають багато практичних переваг, хоч слід пам'ятати, що в деяких випадках такі клітини за властивостями відрізняються від клітин тканин дорослого організму.

Завдяки налагодженій тісній співпраці між ТДМУ і Карловим університетом м. Праги стало можливим стажування викладачів нашого ВНЗ – доцента Аліни Довгалюк та асистента Світлани Трач Росоловської на базі першого медичного факультету класичного Карлового університету. Цей тренінг тривав з 5 до 15 червня цього року задля освоєння методу тканинних і клітинних культур. Під час перебування в Чехії пройшли інтенсивний теоретичний і практичний курс навчання, який в майбутньому може стати підґрунтям для започаткування лабораторії культивування клітин у нашому університеті.

Перелік типів клітин, які нині вдалося культивувати вченими *in vitro*, досить великий. Можна стверджувати, що для будь-яких клітин тварин і людини є можливість створити такі умови, за яких вони зберігатимуть основні функції, притаманні їм *in vivo*. Більшість клітин нормальних тканин та органів ссавців для збереження своєї життєдіяльності повинні бути прикріпленими до певного субстрату. Виняток становлять деякі трансформовані та пухлинні клітини, які можуть успішно проліферувати не лише після їх прикріплення, але й у суспензії та клітини гемопоетичного походження (клітини крові, лімфи, кісткового мозку та імунної системи).

Під час нашого стажування в Празі ми ознайомилися з особливостями вирощування *in vitro* як суспензійних клітинних культур, так і прикріплених до агаризованого субстрату, з вираженою здатністю до адгезії. Прикладом першого типу клітинної культури були трансформовані



Асистент ТДМУ Світлана ТРАЧ РОСОЛОВСЬКА і професор Станіслав ШТІПЕК (Чехія)

2) Створення асептичних умов під час роботи з клітинними культурами. Хімічний склад культурального середовища, способи його приготування.

3) Джерела контамінації (забруднення) клітинних культур, методи виявлення та «ліквідування» клітин *in vitro*.

4) Визначення життєздатності клітин у культурі, маркери диференціації. Нарощування клітинної маси та забір клітин для експерименту.

5) Кріоконсервація клітин. Під керівництвом докторів Яна Платеніка, Яна Кртіла та Мартіна Віеражки на практиці ми освоїли методики підживлення й пасажування суспензійних та адгезивних культур; приготування культуральних середовищ; стерилізацію інструментів, посуду і рідин; оцінювання життєздатності клітин за допомогою вітальних барвників; визначення концентрації клітин у суспензії та щільності клітин у моношаровій адгезивній культурі; заморожування та розморожування клітин.

Цей двотижневий тренінг ми пройшли у більш стислий термін, тому робочі дні були досить насиченими та тривалими (11-12 год.).

Під час змістовних лекцій та жвавих дискусій довідалися багато нової та цікавої інформації, обговорили ймовірність започаткування методу культивування клітин у нашому університеті та можливу співпрацю в цьому напрямку в майбутньому.

Окрім інтенсивного стажування, ми просто побували в найкрасивішому місті Європи – Празі й отримали багато позитивних вражень про Чехію, її культуру та традиції.

**Аліна ДОВГАЛЮК,  
доцент ТДМУ,  
Світлана ТРАЧ РОСОЛОВСЬКА,  
асистент ТДМУ**



Доцент Аліна ДОВГАЛЮК разом з доктором Мартіном ВІЕРАЖКА готує культуральне поживне середовище



# ПОЖИТТЄВИЙ ДІАЛІЗ ЧИ ТРАНСПЛАНТАЦІЯ?

Двадцятип'ятирічна Ірина — одна з чималої кількості пацієнток відділення гемодіалізу обласної клінічної лікарні. Три роки тому в дівчини розвинулася термінальна ниркова недостатність, хвороба не піддавалася лікуванню медичними препаратами, тому лікарі призначили їй процедуру гемодіалізу — очищення крові від «шлаків».

— Тепер втрачені функції Іриних нирок виконує апарат «штучна нирка», — пояснює завідувач відділення гемодіалізу Тернопільської обласної лікарні Андрій Клим.

— Такі недужі повинні проходити гемодіаліз тричі на тиждень впродовж чотирьох годин, якщо пацієнт не приїде з якихось причин на процедуру, він може загинути.

За словами завідувача, не всі хворі легко переносять гемодіаліз. Вони, по суті, «прив'язані» до апарата — є люди, які десяти років живуть на «штучній нирці».

Зараз у відділенні, апарати в якому працюють з ранку до пізньої ночі, 94 таких пацієнти, 5 осіб на так зване перитоніальному діалізі. Взагалі ж ниркова патологія, як каже Андрій Клим, набирає дедалі більшого поширення. На Тернопільщині кількість недужих щороку зростає — нині їх понад 1300 осіб.

**У ЧЕРЗІ НА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ**  
Відомо, що навіть у столиці гемодіаліз за ниркової недостатності можуть забезпечити лише трохи більше, як 10 відсоткам хворих, яким це необхідно, тоді не важко уявити, яке становище в областях. Із застосуванням апарата «штучна нирка» у нас лікується лише 5-8 відсотків хворих, яким без цього не вжити. А як же решта?

Пересадка нирки могла б допомогти таким хворим, причому суттєво, переконаний Андрій Клим. Але нині в усіх центрах трансплантації України загалом роблять не більше як 200 пересадок на рік, та й то загалом від родичів, а це лише 2% від потреби. Тоді, як, приміром, у сусідній Польщі таких операцій — тисяча щороку. В Іспанії припадає 60 пересадок нирки на 1млн. населення.

— У Німеччині, до прикладу, та й в інших державах, багато громадян у посвідці про особу мають спеціальну вкладку, — розповідає лікар. — Вона засвідчує, що у випадку смерті людина погоджується стати чимось донором, аби допомогти ближньому у біді. У США також існує так зване потенційне донорство: той, кому виповнилося 18 років, за бажання і в присутності свідків заповнює «донорську карту».

— В Україні ж наразі, — каже Андрій Клим, — розвивається родинне донорство, в суспільстві все ще немає розуміння того, що після смерті можна врятувати інше життя. Але для цього необхідно, щоб родичі загиблого дали дозвіл на забір органів. Поки що населення ще не готове приймати цивілізований європейський погляд на передання донорського органа за трагічних обставин тим, хто потрапив в біді. Суспільна свідомість українців ще не підготовлена до європейських стандартів — люди не достатньо інформовані з цієї проблеми, мало знають про трансплантацію

органів, та й національний менталітет не останню роль тут відіграє. Втім, одна смерть за трагічних обставин, як би не цинічно це звучало, може врятувати життя щонайменше двом важкохворим пацієнтам.

— Скільки молодих, здорових людей гинуть на автошляхах України, але ж вони могли б стати потенційними донорами, — продов-



**Андрій КЛИМ, завідувач відділенням гемодіалізу**

жує завідувач. — Може, Україні варто скористатися вже надбаним і перевіченим досвідом цивілізованих країн, звичайно, з врахуванням наших національних особливостей? На мій погляд, можна створити всеукраїнський центр, в якому реєстрували б усіх діалізних пацієнтів, що потребують трансплантації, як це роблять у Франції, США, Німеччині, Іспанії та інших країнах.

**— В Україні ж наразі, — каже Андрій Клим, — розвивається родинне донорство, в суспільстві все ще немає розуміння того, що після смерті можна врятувати інше життя. — Але для цього необхідно, щоб родичі загиблого дали дозвіл на забір органів. Поки що населення ще не готове приймати цивілізований європейський погляд на передання донорського органа за трагічних обставин тим, хто потрапив в біді.**

Наразі ж у листі очікування в центрах трансплантології України перебуває 11 мешканців Тернопільщини. А загалом у нашій країні щороку трансплантації нирки потребує 2,5 тисячі громадян. 9 осіб щодня помирає, не дочекавшись нирки.

## НИРКА ДЛЯ ВНУКА

Кожну сьому трансплантацію нирки в Україні нині проводять у Львівському центрі трансплантації — єдиному на Західній Україні.

Півроку тому лікарі зробили успішну операцію з пересадки нирки молодому львів'янину Сергію Овчарову.

«Бабусю, я більше не поїду на той гемодіаліз, мене так лихоманить після цієї процедури, — зі сльозами на очах скаржився мені внук, і я плакала разом з ним, — розповіла на прес-конференції в Львівському центрі трансплантації Людмила В'ячеславівна, бабуся Сергія. — Отож я подумала, а може, моя нирка згодиться, я ж увесь вік здоровий спосіб життя вела, майстер спорту з плавання».

— Віддати нирку готові були батьки хлопця, але ні батько, ні мати не підійшли, — додає головний трансплантолог управління охорони здо-

ров'я Львівської ОДА Ростислав Жук. — А шістдесятирічна бабуся Сергія вмовила лікарів і пройшла всі лабораторні дослідження та медичні тести. За всіма показниками вона могла стати потенційним донором. Щоправда, нас дещо насторожував її вік. Бо ж залишитися з однією ниркою також небезпечно... Але бабуся, як кажуть, стала на амбразуру: «Я буду донором для внука!» Зараз Сергій веде активний спосіб життя, займається плаванням, як і колись його бабуся, нирка в організмі працює належно, це підтверджують аналізи.

Але, на жаль, не всі родичі можуть стати донорами для своїх рідних, тому медики й покладають надії на пересадку так званої трупної нирки.

У 90-х роках був період, коли в розвитку трансплантології України не відставала від світу, і Львівський центр здійснив понад 140 пересадок нирки. Потім настав період стагнації. 2007 року у Львові відновлено такий центр, утім наразі тут лише проводять операції з пересадки нирок від родичів. За словами керівника Центру трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, завідувача кафедри хірургії ЛНМУ ім. Д. Галицького, проф. Ігоря Кобзи, такий вид трансплантації навіть складніший від «трупної», адже медики несуть відповідальність за обох людей.

А от для того, щоб перейти на новий етап — трансплантацію трупної нирки, а також проводити пересадку серця, печінки, на переконання медики, має бути насамперед розуміння суспільства. Адже проблема не так у законодавстві, як передусім у бажанні та розумінні людей дати згоду

на пересадку органів загиблих родичів. Органи можуть забирати лише в людини, в якій діагностовано смерть мозку. Це, за словами Ігоря Кобзи, велика відповідальність спеціалістів, які ставлять такий діагноз. Тому виносять таке рішення колегіально, за висновками спеціальної комісії.

Доктор теології, представник УГКЦ о. Ігор Бойко розповів, що ця церква офіційно підтримує трансплантологію. Це, за його словами, добродійна справа, коли людина може чимось пожертвувати для іншої потребуючої людини і після смерті врятувати життя інших. «Тут діє принцип солідарності, і церква заохочує до жертвності, власне дарування органів, а не їх купівлю чи продаж», — наголосив отець Ігор.

Напевне, час уже й державі активізуватися та дати новий імпульс для розвитку вітчизняної трансплантології й допомогти людям у розв'язанні болючих проблем - юридичних, морально-етичних, а особливо фінансових. Бо ж наші співвітчизники, важкі хворі, не повинні помирати, не дочекавшись своєї черги на трансплантацію.

**Лілія ЛУКАШ**

# ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНОЇ ВИРАЗКИ: Є ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД

У Тернопільській обласній клінічній лікарні працює хірург, кандидат медичних наук, Іван Чонка. Впродовж 20 років він займається лікуванням трофічних виразок. І використовує для цього власний унікальний медичний засіб — ранозагоювальні пов'язки, основним компонентом яких є цілюща карпатська живиця.

Прикладів чудесного одужання пацієнтів у лікарській практиці Івана Чонки назбиралося чимало — його унікальними ранозагоювальними пов'язками скористалися понад сотню осіб. Але, як говорить сам лікар, це лише крапля в морі, позаяк від трофічних виразок нижніх кінцівок нині потерпають тисячі людей. А хронічна венозна недостатність яка, власне, й призводить до такого «результату», зустрічається у майже 17 відсотків українців.

## ВИХІД ПІДКАЗАЛА ПРИРОДА

— Спершу, як і належить, я оперативно лікував таких недужих, — ділиться думками Іван Чонка, — але помітив, що є категорія пацієнтів, яким за медичними показаннями заборонене радикальне хірургічне втручання, у багатьох виникали алергічні реакції на всі медикаменти. То ж доводилося випускати таких хворих додому, як кажуть, з нічим. Це й змусило мене займатися пошуком, роботи дослідження, довго, зівнаючи, не мав спокою. Але допоміг, як це завше буває, випадок. Якось, перебуваючи у відпустці на моїй малій батьківщині у Закарпатті, подалися ми з дядьком у гори. Дивлюся підходить він до сосни, знімає з кори шматочок живиці і прикладає до виразки на стопі. Побачивши мій здивований погляд, пояснює, що гуцули так споконвік рани лікували. І ще більше здивувався, коли через три дні виразка загоїлася. Вирішив я й собі спробувати, і застосував живицю як компонент для всім відомої цинк-желатинової пов'язки. Ефект від її застосування був просто вражаючий. Але одна справа прикласти живицю до рани, а зовсім інша — зробити її структурним компонентом лікувального засобу. Тут важливо було не помилитися у відсотках співвідношення складових частин. Та й зовнішній вигляд пов'язки «диктував» свої вимоги — щоб не «сипалася», але й не була занадто твердою, зручною для пацієнта у використанні. Певні труднощі викликало й створення «комфортного» упакування для тривалого зберігання пов'язки.

Загалом над розробкою лікувальної марлевої пов'язки доцент кафедри хірургії Тернопільського медуніверситету ім. І. Горбачевського Іван Чонка працював майже два роки. Відтак вона пройшла апробацію у клініці хірургії Тернопільського медуніверситету, що на базі обласної лікарні. А згодом медики визнали застосування такої пов'язки для лікування трофічних виразок найкращим засобом. Його ж пов'язку можна змінювати один раз на тиждень, а кошуватиме вона вдвіть дорожче.

— Основа винайденої суспензії для просочування пов'язок — це оксид цинку, — розповідає лікар. Він має протипалітичний дію та вбиває шкідливі мікроорганізми. Оброблена, від-

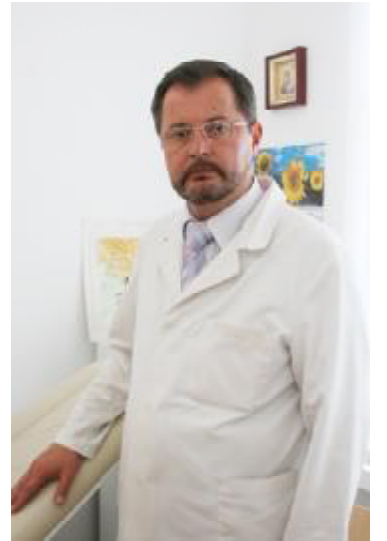
фільтрована й розведена натуральна карпатська живиця сприяє загоюванню. Крім того, до суспензії входять й інші складники, які мають адсорбуючу, антисептичну та регенеруючу дію.

Однією із значних переваг цієї методики є те, що пацієнт не потребує шпиталізації. До того ж пов'язка дуже зручна у використанні, людина не відчуває дискомфорту, веде повноцінний спосіб життя. Доволі довгий й термін її зберігання — майже рік.

## ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ — НА 14 ДЕНЬ ЛІКУВАННЯ

Пов'язку на основі суспензії, розробленої тернопільським лікарем, можна застосовувати для лікування гнійно-некротичних ран та трофічних виразок.

Лікар пригадує одного з пацієнтів з так званім післятромбофлебітичним синдромом, в якого глибокі трофічні виразки займали майже одну тре-



**Іван ЧОНКА, доцент**

тину гомілки. Не гоїлися рани впродовж тридцяти років. А на лікувальній мазі у пацієнта розвинулася стійка алергія. Проте після накладання лікувальної пов'язки, просоченої суспензією, вже на сьомий день колір виразки змінився з білого на здоровий рожевий, а по краях почав наростати новий епітелій. На 14-й день лікування у ділянці виразки шкіра почала відновлюватися, а за півроку рана загоїлася.

Аби трофічні виразки не утворювалися надалі, потрібна профілактика — носіння еластичних панчів чи бинта. Інакше виразка може відкритися знову.

— Хочу наголосити на економічній вигоді застосування винаходу, — зауважує лікар. — Пов'язки іноземного виробництва, які зараз є у продажу, дуже дорогі й замінювати їх потрібно щодня.

Імпорتنі аналоги винахідник застосовував у своїй лікарській практиці, але, каже, бажаного ефекту не помітив. Такі пов'язки, очищують, адсорбують поверхню рани, проте не сприяють її загоєнню. Його ж пов'язку можна змінювати один раз на тиждень, а кошуватиме вона вдвіть дорожче.

Придбати унікальні ранозагоювальні пов'язки для лікування трофічних виразок хворі зможуть уже найближчим часом. Запатентований винахід тернопільського лікаря-винахідника Івана Чонки зараз саме готують до широкого впровадження для серійного виробництва в фармацевтичній фірмі.

**Лариса ЛУКАШУК**



# ПРО ДЕЯКІ ДОСЯГНЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ РАКУ

Вивчення питання ранньої та своєчасної діагностики злоякісних пухлин показало необхідність розробки програм скринінгу, завдання яких – виявлення захворювання на стадії передраку або до появи клінічних ознак хвороби. Цінність раннього розпізнавання захворювання полягає в тому, що стає можливим виявити рак на стадії, коли він носить обмежений, локальний характер і може бути цілком виликаний.

Такий досвід у світі є. Наприклад, значних досягнень, зокрема в США, набув маммографічний скринінг раку молочної залози. Цей захід дозволив американським медикам досягти суттєвих результатів: показник захворюваності на рак молочної залози перевищив показник смертності у 5 разів, у той час як в Україні лише двічі. Також ситуація з тривалістю життя: показник 5-річного виживання в США становить 85 %, а в Україні – 49-50 %. Таким чином, запровадження маммографії при профілактичних оглядах жінок стало значним досягненням у клінічній онкології.

Нині найбільш успішним із здійснюваних проектів визнаний цитологічний скринінг раку шийки матки, який докорінно змінив ситуацію з діагностикою передракових станів, доінвазивних і мікроінвазивних форм раку шийки матки.

У жовтні 2008 року Нобелівський комітет присудив проф. Н. Zur Hausen (Німецький центр з вивчення раку) премію за відкриття етіологічної ролі онкогенних штамів вірусу папіломи людини у розвитку раку та передракових уражень шийки матки. Було доведено, що вірус папіломи людини (канцерогенні штами 16, 18, 31, 33, 45) є основним і обов'язковим фактором виникнення раку шийки матки. Майже 80 % сексуально активних жінок інфіку-

**Щорічно в світі реєструють майже 10 млн. нових випадків онкологічних захворювань і понад 6,2 млн. людей вмирають від раку. Переважну більшість хворих становлять люди старшого та похилого віку. В розвинутих країнах ледь не 50 % випадків раку виявляють у віковій групі понад 65 років, а за прогнозами вчених 2050 року цей показник досягне 70 %. Збільшення народонаселення та постаріння населення можуть стати основною причиною зростання показника онкологічних захворювань найближчим 10-15 років.**

ються різними штамми вірусу папіломи людини протягом життя. У 90 % випадків з них інфікування закінчується спонтанною елімінацією (виведенням) вірусу, а у 10 % випадків – відбувається персистенція вірусу папіломи людини. І як наслідок – розвивається передрак (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія – CIN) і рак шийки матки. Одним з критеріїв при судженні про успішне впровадження розробленої вакцини проти онкогенних штамів вірусу папіломи людини.

Беззаперечно користь від вакцини визнана провідними європейськими, світовими та українськими фахівцями. Вакцинація показана для запобігання виникнення раку шийки матки та цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (CIN) 2-го і 3-го ступенів, що спричиняються типами 16 і 18 вірусу папіломи людини у осіб жіночої статі, починаючи з 12 років. У Великій Британії програма вакцинації дівчат-підлітків 12-13 років розпочала діяти з 2008 року. Ефективною є вакцинопрофілактика у жінок від 25 до 55 років. В Україні проект клінічного протоколу щодо вакцинопро-

філактики раку шийки матки перебуває на стадії обговорення.

У 90-х роках минулого століття почала формуватися нова ідеологія лікування онкологічних хворих, так звана таргетна терапія. Вона спричинена тим, що

**Значних досягнень, зокрема в США, набув маммографічний скринінг раку молочної залози. Цей захід дозволив американським медикам досягти суттєвих результатів: показник захворюваності на рак молочної залози перевищив показник смертності у 5 разів, у той час, як в Україні лише двічі. Також ситуація з тривалістю життя: показник 5-річного виживання в США становить 85 %, а в Україні – 49-50 %. Таким чином, запровадження маммографії при профілактичних оглядах жінок стало значним досягненням у клінічній онкології.**

**Нині найбільш успішним із здійснюваних проектів визнаний цитологічний скринінг раку шийки матки, який докорінно змінив ситуацію з діагностикою передракових станів і доінвазивних і мікроінвазивних форм раку шийки матки.**

традиційні променеві та хіміотерапевтичні методи спрямовані лише на знищення всіх (або частини) злоякісних клітин за будь-яку ціну, тим часом вибірковість протипухлинної дії є низькою, а токсичність щодо нормальних органів і тканин – високою. Та й ефективність лікування цими методами здебільшого бажає бути кращою.

Таргетні препарати – це протипухлинні середники молекулярно-націленої дії. Конкретними мішенями для них є рецептори факторів росту клітини, білки, які контролюють апоптоз ангіогенез, тощо. Результатами

експериментальних і клінічних досліджень було, зокрема, доведено, що розвиток і прогресування пухлини суттєвим чином залежить від її здатності формувати судинну сітку (для свого «харчування»). При пухлинному процесі спостерігається порушення балансу між проангіогенними та антиангіогенними факторами у бік домінування проангіогенних. Така диспропорція забезпечує постійну стимуляцію процесу неоваскуляризації злоякісних пухлин. Іншими словами, пухлина «навчилася» забезпечувати себе продуктами харчування. Яким чином? Стало відомо, що ключовим регулятором неоваскуляризації є фактор росту ендотелію судин (VEGF). Цей білок стимулює активний ріст клітин ендотелію та формування нових капілярів. Вміст VEGF та його рецепторів, зокрема, в раковій пухлині молочної залози, до сьогодні є більшим, ніж у нормальній тканині. Були створені препарати

(моноклональні антитіла) до фактора росту ендотелію судин, а також специфічні інгібітори рецепторів цих факторів росту, які пригнічують розвиток пухлин. Перспективними для лікування раку легень, молочної залози, кишківника та нирок виявилися такі лікарські препарати, як авастин і неовастин. Широкого застосування в лікуванні раку легень, шийки матки, товстої кишки набули такі препарати, як іринотекан, іресса та ін. Дослідження в цьому напрямку інтенсивно тривають.

Понад століття назад була встановлена гормонозалежність

більшості випадків раку молочної залози. Сучасні досягнення в молекулярній і генетичній онкології дозволили обґрунтувати застосування гормонотерапії та хіміотерапії на підставі визначення концентрації рецепторів естрогенів і прогестерону в пухлині (ER/PR), наявності генів проліферативної активності (HER-2/neu, Ki-67), ступеня злоякісності пухлини (G), експресії супресорних білків (p53) тощо. Синтезовані й широко застосовують у гормональній терапії чимало лікарських середників з різним механізмом дії: антиестрогени (тамоксифен, торемифен, фульвестрант, інгібітори ароматази (летрозол, анастрозол, армазин), прогестини (оксипрогестерону капронат, медроксипрогестерону ацетат, мегестролу ацетат), агоністи гіпоталамічного гонадотропного рилізінг-гормону (золадекс, диферелін, гозерелін). Особливо ефективними ці препарати виявилися при лікуванні рецидивних і метастатичних форм раку молочної залози у хворих менопаузального віку.

Значних успіхів у післяопераційному лікуванні раку товстої кишки за останні 15 років досягнуто завдяки застосуванню цитостатика елоксатина (оксаліплатина) в комбінації з інфузіями лейковарину (фолінат кальцію). Проведений аналіз такого лікування 2246 хворих у 146 онкоцентрах світу показав, що навіть при III стадії колоректального раку тривалість життя у 75 % хворих перевищує 5 років. Це важливий крок вперед у лікуванні цієї хвороби.

На завершення слід наголосити, що все ж таки визначальним у досягненні хороших результатів лікування онкохворих є рання і своєчасна діагностика хвороби.

**Володимир ДРИЖАК,  
професор ТДМУ**

## Интернет-інфо

### РАК – ВЖЕ НЕ ВИРОК

1971 рік вважається знаковим в історії боротьби з онкозахворюваннями, тому що саме тоді президент США Річард Ніксон оголосив війну раку. Трохи менше 100 млрд. дол., виділених з того часу на боротьбу з цим страшним захворюванням, є прикладом одних з найменш ефективних інвестицій. В Америці щорічно рак забирає життя 560 тисяч людей, і завзято бореться за статус «убивці номер один». Примітно, що нинішній лідер рейтингів «убивць» – серцево-судинні захворювання – радикально здав свої позиції. У першу чергу завдяки розробці в тих же 70-х роках препаратів, що знижують рівень холестерину в крові та очищують просвіт судин.

Сучасна онкологія таким прогресом похвалитися не може. Особливо тоді, коли рак діагностується на стадії формування метастаз. Не-

щодавно статистика стверджувала, що пацієнт з діагнозом «рак легень» на цій стадії має не більше трьох відсотків шансів пережити найближчі п'ять років.

Проте зараз ситуація кардинально змінилася. Ні, рак на стадії утворення метастаз ще не став виліковним захворюванням. Однак впевнено переходить із групи смертельних у групу хронічних. Інакше кажучи, сучасні засоби терапії дозволяють продовжувати життя пацієнтів на тривалі роки, і при цьому зберігати цілком прийнятний рівень життя. Щоправда, кожен з новомодних засобів досить швидко викликає ефект звикання. З іншого боку, темпи розроблення нових препаратів дедалі пришвидшуються, і в пацієнта достатньо шансів «зіскочити» із «заяложеного» препарату на новий. І діяти в такий спосіб до винаходу засобу, що нарешті дозволить радикально вилікувати цю страшну хворобу.



ОБ'ЄКТИВ



**Олександра РОМАНЕЦЬ (ліворуч) навчається на стоматологічному факультеті. Юрій МИГОВИЧ та Оксана МУРУЗА (праворуч) своїм життєвим фахом також вибрали стоматологію і зараз здобувають знання у нашому університеті**



Фото Ярослава СТАРЕПРАВА



# КУРИТИ ЧИ ЩЕ ПОЖИТИ?

Експерти ВООЗ стверджують, що паління у СНІД є основними причинами передчасних смертельних випадків, які мають тенденцію до зростання. При збереженні цієї тенденції у 2020-2030 роках кількість померлих через тютюн у світі буде складати 10 млн. на рік. За оцінками експертів куріння тютюну вже спричиняє 2,6% від усіх смертей і хвороб, а 2020 р. ця цифра зросте до 8,9%, притому в країнах, що розвиваються, до 12%.

За останні 50 років тютюн «убив» 62 мільйони людей, що перевищує кількість загиблих у Другій світовій війні. Зростають темпи куріння у Центральній і Східній Європі, у т.ч. в Україні. Експерти ВООЗ вважають, що у недалекому майбутньому тютюн стане причиною значно більшої кількості захворювань і смертельних випадків, ніж від будь-якої найстрашнішої хвороби.

Результати соціологічних опитувань показали, що нині в Україні є майже 9 мільйонів активних курців, тобто це становить третину всього працездатного населення. Загалом же в Україні курить понад 51% дорослих, тобто загальна кількість курців сягає 16 мільйонів людей. У рейтингу, який фіксує поширеність тютюнокуріння, займаємо зовсім не почесне сьоме місце серед 132 країн.

У містах курить майже половина чоловіків працездатного віку, ще більше – у сільській місцевості, притому найбільша частота паління спостерігається серед чоловіків віком 20-40 років. Серед жінок у дітородному віці (20-40 років) курить кожна третя жінка. Якщо кількість курців серед чоловіків протягом останніх 20-ти років не знижується, то жінок, які палять, збільшилося майже вчетверо, а підлітків (16-17 років) – до 40%. За розрахунками ВООЗ, очікується, що 2020 року в Україні куріння тютюну спричинить понад 25% усіх смертей. Тютюн є фактором ризику виникнення більше ніж 25 хвороб, які становлять майже 75% структури смертності населення в Україні. Рекордне зменшення чисельності українців упродовж останніх років обумовлено високим рівнем передчасної смертності, а тютюн – один із її чинників. За статистикою, за останні три роки ця шкідлива звичка щорічно стає причиною смерті в нашій країні понад 120 тисяч осіб.

За даними Світового Банку, Україна кожен рік втрачає від куріння більше 2 млрд доларів. Конкретні суми, особливо після підняття акцизного податку, втрачає і кожен курець. А їх можна було б використати зі значно більшою користю на задоволення багатьох потреб людини. Міністр охорони здоров'я США Л.Саллівен сказав: «Цигарки – єдиний дозволений для продажу продукт, використання якого спрямоване на те, щоб убити споживача. Компанії продають смерть заради отримання прибутків».

Куріння тютюну стало настільки актуальною соціально-медичною проблемою, що наша Верховна Рада ще раз повернулася 11 червня 2009 року до перегляду Закону України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» (2006 р.) та внесла у нього суттєві зміни й доповнення. У ньому визначено основні засади та напрями державної політики щодо поперед-

ження куріння тютюнових виробів, зниження рівня вживання серед українців, обмеження доступу до них дітей, охорони здоров'я населення від шкоди, що завдається їхньому здоров'ю внаслідок розвитку захворювань, інвалідності, а також смертності, спричинених курінням тютюнових виробів чи іншим способом їх вживання.

Викоринити куріння тютюну досить важко, тому що воно має майже 500-річну історію. Після відкриття Христофором Колумбом 1492 року Америки звідти у Європу і був завезений тютюн, куріння якого поширилося у XVII-XVIII століттях.

Зазвичай багато дітей та молоді здебільшого починають курити з цікавості, намагаючись самоутвердитися як особистості та стати схожими на дорослих чи улюблених акторів, які палять. Вагомим є внесок і потужної реклами тютюнових виробів транснаціональною тютюновою індустрією, яка проводить «зомбування» українців, особливо дітей та молоді, агресивно пропагуючи неправду про модність, крутість і гламурність тютюнокуріння, та вербує щороку нових курців.

Зробивши першу затяжку, підліток викурює спочатку одну цигарку, а потім ще одну-дві.

Так куріння стає звичкою. Половина чоловіків викурили свою першу цигарку ще до досягнення п'ятнадцяти років, а більше половини жінок – до сімнадцяти років. Почати ж курити значно легше, ніж покинути, тому ліпше не починати.

На жаль, не можуть покинути курити і деякі викладачі нашого університету, які добре розуміють, яку шкоду вони завдають своєму здоров'ю, а також і виховному процесу студентів. Вони не лише подають негативний приклад, а ще і служать додатковим аргументом для тих студентів, які вважають, що паління не таке вже й шкідливе. З таких студентів у майбутньому формуються лікарі, які водночас стають поганим взірцем для своїх дітей та пацієнтів. А положення ст.14 Закону зобов'язують, щоб медичні працівники закладів охорони здоров'я усіх форм власності пропагували медичні знання з питань профілактики захворювань, спричинених курінням тютюнових виробів чи іншим способом їх вживання, і запобігали їх вживанню серед населення, насамперед серед дітей та молоді. Вони повинні також надавати практичні поради щодо здорового способу життя та рекомендувати не починати курити чи іншим способом вживати тютюнові вироби або припинити їх вживання, активно роз'яснювати шкідливість для здоров'я людини паління тютюнових виробів чи іншого способу їх вживання, впливу тютюнового диму. Як зможе медичний працівник, який сам курить, виконувати ці вимоги Закону?

При курінні тютюну іде процес сухої дистилляції та неповного згорання висушених тютюнових листків, незалежно від форми тютюнового виробу, який згорає. У тютюновому димі, що являє собою неоднорідну суміш різних газів (60%) та мікроскопічних дьогтевих



кrapель або аерозолів (40%), всі шкідливі речовини можна віднести до 4 груп: перша – канцерогенні речовини: ароматичні вуглеводні, бензпірен, феноли, органічні сполуки (нітрозамін, гідразин, вінілхлорид, толудин та ін.), неорганічні сполуки миш'яку та кадмію, радіоактивні полоній, олово та вісмут – 210; друга – подразнюючі речовини: ненасичений альдегід – про-

ються у вигляді мокротиння при кашлі. А хронічне подразнення слизової оболонки гортані призводить до запалення голосових зв'язок, вони потовщуються і стають грубими. Це призводить до зміни тембру голосу, що особливо помітно у молодих жінок. Активні курці зазвичай мають хронічне запалення – трахеїт і бронхіт, тому вони частіше хворіють на запалення легень, туберкульоз, які у них мають значно тяжчий перебіг.

Численними дослідженнями доведено, що куріння спричиняє найрізноманітніші захворювання, які стають причиною інвалідності та передчасної смерті людей. Так смертність від раку легень серед курців у 20 разів вища, ніж серед тих, що не палять. Вони у 10 разів частіше хворіють на виразкову хворобу шлунка та у 13 разів – на ішемічну хворобу серця. Відповідно у 2-3 рази частіше розвивається стенокардія, виникає передінфарктний стан та інфаркт, а також інші захворювання серцево-судинної системи. Наприклад, дія нікотину є однією з основних причин облітеруючого ендартеріїту – системної хвороби артерій, яка уражає головним чином чоловіків віком 20-40 років. Нікотин впливає на реактивний ендотелій артеріол, венул, дрібних артерій і вен і на нервові (симпатичні) елементи, зумовлює функціональні (спазми) та гістоструктурні зміни у стінці судин (набряк, гістолімфоцитарну інфільтрацію інтими і навколосудинні запалення, склероз). Лише відмова від куріння може затримати прогресування хвороби.

За статистикою, курець живе на 6-8 років менше, ніж його ровесник, який не курить, причому життя скорочується більше у тих, хто змолоду почав раніше палити. Куріння завдає великої шкоди всім, але особливо молодому організму, який перебуває у процесі статевого дозрівання. Закон вимагає, щоб на пачках були написи «Куріння шкодить спермі і може призвести до імпотенції», «Курці помирають рано», «Відмова від куріння значно зменшує ризик небезпечних серцевих захворювань і захворювань легень», «Куріння під час вагітності завдає шкоди вашій дитині», «Куріння знижує здатність жінок до народження дітей» та ін. Цілком неприпустимим є паління для вагітних жінок – це дуже часто призводить до ненормального розвитку дитини, появи аномалій, зокрема й генетичних, передчасного переривання вагітності тощо.

**Весь колектив нашого університету повинен об'єднатися для боротьби з тютюнокурінням, щоб усунути причини, які сприяють розповсюдженню тютюнокуріння в Україні, зменшити кількість курців, забезпечити права людини на повітря, вільне від тютюнового диму, допомогти курцям звільнитися від тютюнової залежності, насамперед дітям та молоді. Особливо недопустимим є тютюнокуріння у громадських місцях, а це в тому числі й корпуси нашого університету та прилеглі території, а також території лікувальних закладів.**

Перелік хвороб та їх ускладнень, які спричиняє споживання тютюну, можна ще довго продовжувати, але мета цієї статті полягає у тому, щоб ми змогли збагнути: куріння є не особистою проблемою кожної людини окремо. Весь колектив нашого університету повинен об'єднатися для боротьби з тютюнокурінням, щоб усунути причини, які сприяють розповсюдженню тютюнокуріння в Україні, зменшити кількість курців, забезпечити права людини на повітря, вільне від тютюнового диму, допомогти курцям звільнитися від тютюнової залежності, насамперед дітям та молоді. Особливо недопустимим є тютюнокуріння у громадських місцях, а це в тому числі й корпуси нашого університету та прилеглі території, а також території лікувальних закладів. Сумною є картина, яку можна інколи бачити, як кілька студентів у білих халатах і шапочках смочуть цигарки біля навчального корпусу, що вже 11 років категорично заборонено згідно з наказом ректора нашого університету, члена-кореспондента АМН України, проф. Л.Я. Ковальчука, а зараз цього вимагає ще і Закон «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення». Статті 14 і 15 цього Закону вимагають сприяти впровадженню у життя профілактичних заходів щодо вживання тютюнових виробів, зайняти активну життєву позицію та бути небайдужим до збереження і зміцнення свого здоров'я та інших громадян. Доцільно було б, на наш погляд, колективам усіх кафедр почати активніше вносити свій вклад у боротьбу за здоров'я нації. Скажімо, кафедрам анатомії людини, пропедевтики внутрішньої медицини та фізіотерапії, внутрішньої медицини, онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини проводити порівняння легень на рентгензнімках (флюорограмах) та стану здоров'я курців з тими, хто не курить.

Студентське наукове товариство могло б провести дослідження щодо впливу куріння на успішність, стан працездатності та інтелектуальні показники у своїх колег тощо. Студентській раді доцільно подумати над урочистим зобов'язанням студентів-першокурсників про відмову від куріння та активну участь у пропаганді здорового способу життя під егідою кафедри загальної гігієни та екології.

Крім переконання, можуть бути застосовані й методи примусу, наприклад, студентська рада може приймати рішення щодо виселення з гуртожитку або не поселення тих, хто продовжує палити. За куріння у громадських місцях дільничні інспектори та співробітники патрульної-постової служби уже мають право складати адміністративні протоколи відповідно до Закону та заносити дані у базу даних. З 11 липня за куріння у забороненому законом або місцевому владою місці штраф складає від 51 до 170 грн., за повторне порушення від 170 до 340 грн. За паління у транспортних засобах – від 85 до 340 грн. Це захищатиме невід'ємне право інших на споживання чистого повітря та збереження найбільшої цінності – здоров'я!

**Костянтин ПАШКО, доцент,  
Микола КАШУБА, професор,  
Галина КРИЦЬКА, доцент**



# МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИКИ – ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ ХІРУРГІЇ

Лапароскопічна хірургія є молодою серед хірургічних галузей та спеціальностей. Перші спроби провести лапароскопічну операцію на жовчному міхурі відомі ще з 80-х років минулого століття. Та лише 1987 року французький лікар Філіпп Мюре виконав холецистектомію за технологією, якою тепер користуються хірурги. З цього часу і розпочалася «золота» подорож лапароскопії. За молодий вік вона встигла швидкими темпами завоювати серця хірургів і подяку пацієнтів. Тепер лапароскопічну холецистектомію вважають «золотим стандартом» у хірургічному лікуванні жовчочкам'яної хвороби. Нині малоінвазивну хірургію застосовують для лікування різної патології шлунково-кишкового тракту, гінекології, розроблені методи хірургічного втручання на судинах нижніх кінцівок, суглобах та ін.

— Після такої операції пацієнт уже наступного дня встає з ліжка, а на третю-четверту добу його можна виписувати додому, — розповідає завідувач відділення лапароскопічної хірургії Тернопільського районного територіального медичного об'єднання Юрій Гарасимчук. — Коротшим порівняно з традиційним оперативним втручанням є і період реабілітації — швидко відновлюється самопочуття, менш тривалий час обмеження фізичних навантажень, і людина повертається до звичного режиму. Але, як і будь-яка метода, лапароскопія має певні недоліки. Передовсім — це висока вартість обладнання. Хоча тепер існує багато виробників,

ку та дванадцятипалої кишки у стадії загострення, з певними захворюваннями серцево-судинної системи. Неefективною буде лапароскопічна метода у хворих, які перенесли кілька операцій на черевній порожнині та ймовірно мають злукову хворобу. Бувають випадки, коли хірург бачить, що неможливо технічно зробити холецистектомію лапароскопічним доступом, то на операційному столі пров'язується конверсія на лапаротомний доступ. Це стається тоді, коли не вдається виділити анатомічні утвори, так звану міхурову протоку. Перед операцією хворого попереджають, що можливе відкрите хірургічне втручання. Із ста операцій дві-три можуть потребувати такого переходу.

## РОЗРІЗ У ТРИ САНТИМЕТРИ

Як же, власне, виконуються операції «без розтину»? «Насправді розрізи присутні, — розповідає Юрій Гарасимчук, — але найдовший серед них лише до 4 сантиметрів, а три інших — до 1 см. Для створення робочого простору у черевну порожнину вводять вуглекислий газ. Далі — спеціальні троакари, через які вводять лапароскоп з відеосистемою та лапароскопічними інструментами. Відеокамера передає зображення на монітор, де хірург і контролює хід оперативного втручання. За допомогою маніпуляторів лікар відділяє міхурову протоку та арте-

на, ніж проведена звичним способом. Варто зазначити позитивний чинник при навчанні лапароскопічними методиками — всі учасники операції спостерігають хід операції на моніторі, що є практично неможливим у класичній хірургії».

— Чи є особливості у знечуженні при виконанні лапароскопічних оперативних втручань? — поцікавилася у лікаря-анестезіолога Олега Остап'юка. «Безумовно, є, — каже Олег Михайлович, — але вони для лікарів, хворі їх абсолютно не відчують. Зараз є багато препаратів короткої та ультракороткої дії. Їхні переваги — мала токсичність та короткий термін впливу. За допомогою спеціального електронного дозатора їх вводять довенно, а коли інфузія припиняється, хворий одразу прокидається і при свідомості переводиться до лікарняної палати».

## МАЛОІНВАЗИВНИМ МЕТОДОМ ЛІКУЮТЬ ГІНЕКОЛОГІЧНІ ХВОРОБИ

Теперішній розвиток лапароскопії дозволяє розв'язати багато проблем, пов'язаних із жіночими статевими органами. Малоінвазивні методики дозволяють не лише провести хірургічне лікування, а й забезпечують косметичний ефект.

Щастя материнства є найбільш

**Після такої операції пацієнт уже наступного дня встає з ліжка, а на третю-четверту добу його можна виписувати додому. Коротшим порівняно з традиційним оперативним втручанням є і період реабілітації — швидко відновлюється самопочуття, менш тривалий час обмеження фізичних навантажень, і людина повертається до звичного режиму.**

бажаним для всіх жінок, проте, проблема безпліддя переслідує не одну сім'ю. «Малоінвазивним методом ліквідують механічну непрохідність маткових труб, — розповідає лікар-гінеколог Тернопільського районного територіального медичного об'єднання Ольга Рева. — Деякі інфекційні захворювання, в тому числі і ті, які передаються статевим шляхом, залишають в організмі свої сліди у вигляді злук. Часто хворіють дві труби і, як наслідок, — не можливо завагітніти. За допомогою малоінвазивної хірургії можна ефективно впоратися із злуковими процесами жіночих статевих органів. Лапароскопічним методом видаляємо також кісти яйників, малі форми ендометріозу, прогресуючу позаматкову вагітність.

Малоінвазивну хірургію застосовують також для контрацепції. Цей варіант може бути вдалим вибором для жінок, які не бажають використовувати альтернативні методи. Але оскільки ця методика (малоінвазивна хірургія — авт.) є незворотньою, то застосовують її лише для пацієнток віком від 28 років і в яких не менше двох дітей».

## ПЕРШЕ РАЙОННЕ ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ В УКРАЇНІ – У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ЦРЛ

Тернопільська центральна районна лікарня 1998 року стала першим в Україні медичним закладом, де на рівні району відкрили лапароскопічне відділення. «Це сталося за сприяння і наполегливості головного лікаря Тернопільського району, заслуженого лікаря України Ігоря Вардинця, — пригадує Юрій Гарасимчук. — Лікарня закупила обладнання вартістю у

## УРОКИ ГУМАННОСТІ — ВІД БАТЬКА

Прізвище Гарасимчук добре відоме серед пацієнтів та медиків. Батько Юрія Михайло Георгійович — досвідчений окуліст, багато років очолює Тернопільську центральну районну поліклініку. Це від нього Юрій Михайлович перейняв уроки гуманного ставлення до пацієнтів. Дружина пана Юрія Світлана — лікар-терапевт, тому навіть удома вони продовжують обговорювати проблеми медичної галузі.

Білий халат Юрій Гарасимчук вперше одягнув у 80-х роках,



**Юрій ГАРАСИМЧУК**

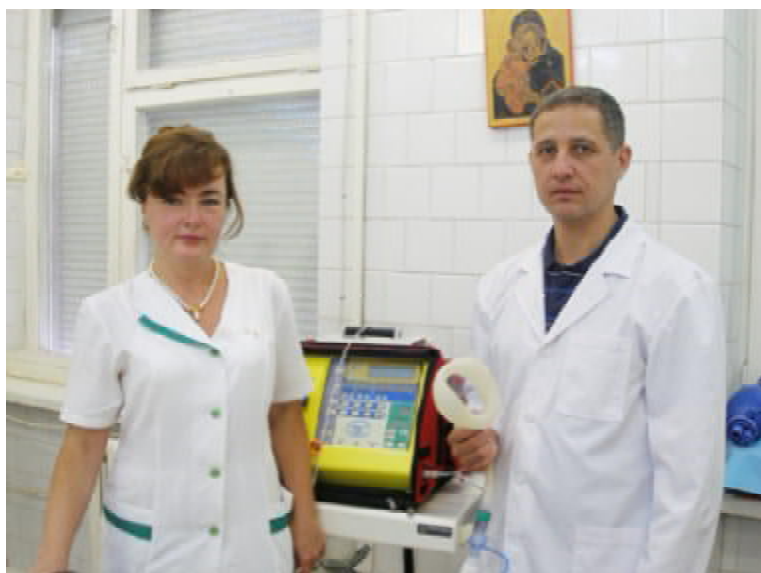
понад 100 тисяч гривень. Першими нашими пацієнтками були три жінки з Тернопільського району, яким за допомогою лапароскопа видалили камінці із жовчного міхура. Нам допомагав професор з Рівного, де, до речі, стажувалися наші хірурги. Лапароскопічне відділення очолює Олександр Ковальчук, нині — завідувач Центру малоінвазивної хірургії обласної клінічної лікарні, кандидат медичних наук. Тоді не всі хірурги радо вітали нашу роботу, казали, що класика, тобто відкрита операція, — надійніше. Дуже скоро довели ефективність лапароскопії, бо вже не лікарі пропонували пацієнтам малоінвазивну хірургію, а хворі просили прооперувати їх лапароскопічним методом».

У лапароскопічному відділенні Тернопільської ЦРЛ оперували пацієнтів не лише з Тернопільської, а й із Львівської, Київської, Одеської та Сумської областей. Малоінвазивне втручання проводять завідувачий лапароскопічним відділенням Юрій Гарасимчук, районний хірург Володимир Лісовський та хірург Олег Мороз, гінекологи Ольга Рева та Ірина Кравель. Усі вони пройшли спеціальні курси й отримали відповідні сертифікати.

коли прийшов у Тернопільську районну лікарню працювати санітаром. Відтак закінчив Тернопільський медичний інститут, згодом — інтернатуру за фахом «Хірургія», отримав спеціалізацію «Ендоскопія» і повернувся працювати у Тернопільську центральну районну лікарню хірургом. Разом з головним лікарем Тернопільського району Ігорем Вардинцем та тодішнім завідувачем лапароскопічного відділення Олександром Ковальчуком, яких вважає своїми наставниками, оперував перших пацієнтів лапароскопічного відділення.

«Тепер не так працюється в галузі, як раніше. Нині лікар замість того, щоб зосередити увагу на підвищенні власної кваліфікації та удосконаленні професійного рівня, мусить думати про те, як вижити і розв'язати побутові проблеми, а вартість якісних фахових видань іноді дорівнює місячній зарплатні», — каже завідувач відділення лапароскопічної хірургії. Як і його колеги, та й, зрештою, більшість українців, Юрій Михайлович — за реформу у медичній галузі. Якщо ж вона все-таки відбудеться, гадаю, лікар через кілька років допоможе синові визначитися у виборі професії, щоб продовжити династію медиків-Гарасимчуків.

**Марія БЕЗКОРОВАЙНА**



**Гінеколог Ольга РЕВА та анестезіолог Олег ОСТАП'ЮК**

що підсилює конкуренцію та знижує ціни. По друге — кваліфікація та майстерність хірургів, адже розміри інструментів, з якими вони працюють, не перевищують кількох міліметрів. Варто зазначити важливість зваженого підбору пацієнтів для лапароскопічного методу операцій. Не бажано застосовувати малоінвазивну хірургію людям з виразковими хворобами шлун-

рїю, накладає на них спеціальні титанові кліпси і обережно видаляє міхур з його ложа. Після цього через розріз у ділянці пупка вилучають уражений орган з черевної порожнини. На операційну рану накладають косметичний шов, завдяки якому післяопераційний рубець буде малопомітний. Операція з допомогою лапароскопічної техніки менш травматич-



# НАЙБІЛЬША, БАЗОВА

Пологові відділення міської комунальної лікарні №2 — це, власне, цілий пологовий будинок. За словами головліка Віктора Кміти, минулого і цього року рішенням міської ради чимало коштів (майже 300 тисяч) виділено на ремонт приміщення. Але опоряджувально-реставраційними роботами не обмежилися. Так, справді, аж тепер вдалося облаштувати нормальні побутові лікарняні умови для жінок — палати гігієни, санітарні кімнати. Відразу ж побільшало породіль у пологових відділеннях, навіть з

во надають ургентну допомогу місту пологове відділення, гінекологічне, кардіологічне і кілька днів на тиждень — хірургічне. На жаль, констатують медики, нині значно помолодшали такі серйозні недуги, як інфаркт, цироз печінки. Люди перестали боротися за своє здоров'я, тож часто робити це за них доводиться медикам. Будень чи свято — вони на посту. Найважчі хворі, як відомо, потрапляють у реанімацію, тому їй вирішили пероснастити насамперед. Міська влада подбала і про кошти на ремонт (майже половину із ви-



районів потягнулися сюди, як наслідок — більше пологів і немовлят більше з'являється на світ. Але не менш важливо за ремонту і комфорт те, що у лікарні взялися змінювати медичні підходи у пологових відділеннях. Уже нині жінки народжують не в загальних залах, а кожна окремо. На пологи приходять з чоловіком, із сімейним лікарем — для цього є сімейна пологова зала. Цього року відкрили при жіночій консультації і школу відповідального материнства, де проводять заняття для майбутніх матерів і татусів. Завдяки цьому і не лише цьому медичний заклад ще до завершення року планує вибороти почесне звання Всесвітньої організації охорони здоров'я «Лікарня, доброзичлива до дитини».

Багатопрофільний стаціонар другої міської лікарні розрахований на 500 ліжок. Цілодобо-

ділених півмільйона гривень вже освоїли), і про обладнання. Не опинилося поза увагою й кардіовідділення лікарні. У рамках програми щодо надання медичної допомоги кардіологічним хворим сюди спряму-



**Тернопільська міська комунальна лікарня №2 — одна з найбільших, базова, що має стаціонар, поліклініку й пологові відділення. Віктор Кміта, головний лікар закладу, охоче розповідає про лікарняні справи, ділиться новинами. Про те, скажімо, що до амбулаторно-поліклінічних відділень, які обслуговують майже 100 тисяч тернополян (це, вважайте, півміста), нещодавно згідно з програмою, затвердженою сесією міськради й міським управлінням охорони здоров'я, додалося ще два відділення сімейних лікарів (для цього перевчили терапевтів). Окрім того, на вул. Богдана Лепкого успішно діє офіс сімейного лікаря, відкритий на базі однієї з квартир: для зручності тамтешніх мешканців прийом у ньому ведуть сімейний лікар і дільничний акушер-гінеколог.**

вали кошти на препарат, який у перші години після інфаркту рятує людину, позбавляючи багатьох ускладнень. Уже цього року ним пролікували понад 12 хворих.

— У нашій лікарні працюють висококласні фахівці, має базу

тут і медичний університет, — каже Віктор Кміта. — Назву лише кількох професіоналів своєї справи, як-от: професори Ігор Дзюбановський, Євген Стародуб, Алла Бойчук, Андрій Андрейчин, Борис Рудик. У нас працює понад 200 лікарів, і 50



відсотків з них мають вищі і перші категорії, що свідчить про їхню кваліфікацію. Своєрідний конгломерат вчених і медиків-практиків дозволяє домогтися успіху в лікуванні хворих. Проблем у медицині вистачає, та ми є всього лиш дзеркальним відображенням суспільства, в якому живемо. І якщо не проводити реформ, ця «недуга» лише загостриться. Але всім ж хочеться, щоб вітчизняна медицина якнайшвидше одужала. І щоб менше недуг дошкуляло нам, українцям.

Галина КОВЕРКО  
Фото Івана ПШОНЯКА



ВІДАЄТЕ?

## БІОДОБАВКИ: ПРАВДА ЧИ МІФ?

Сторінки журналів, інтернет-сайтів та телевізійні ролики рясніють закликами схуднути без фізичних вправ та дієти, твердячи про клінічні докази ефективності і безпеки того або іншого «диво-засобу». Чи допомагають такі засоби? На жаль, ні.

Мільйони споживачів, обдурені обіцянкою легкого схуднення, купують біологічні добавки, які часто навіть не мають клінічного висновку про безпеку, особливо при тривалому багатомісячному застосуванні.

На думку експерта з проблем дієтології, лікаря Роберта Сейпера з Гарварду (США), люди, які мріють про «чарівну таблетку», яка б допомогла їм вирішити проблеми із зайвою вагою за один раз, обирають одну зі 125 біологічних добавок, жодна з яких не має чітких медичних критеріїв відбору. За даними телефонного опитування, майже 60 відсотків опитаних вірили, що біологічні добавки — це медичні препарати, які пройшли відповідне клінічне випробування. Насправді ж — жодна біологічна добавка не має ніякого відношення до лікарських засобів.

Багато хто вважає: добавки зроблені з натуральної сировини, а відтак вони не можуть шкودити. Тим часом відомий такий факт: одна з «натуральних» добавок на основі рослини ефедрі призвела до смерті десяти людей та інвалідності ще тринадцяти через побічну дію. Ці сумні наслідки змусили наглядові органи багатьох західних країн заборонити добавку на своїй території.

Одинадцять наукових досліджень засвідчили: застосування біодобавок на основі женьшеню і волокон тропічних рослин ніяк не впливали на процес схуднення порівняно з плацебо, а добавки із хромом при тривалому застосуванні серйозно шкодили здоров'ю. Тож у боротьбі із зайвою вагою не варто покладатися на диво — слід спрямувати свої зусилля на ефективну дієту та фізичні навантаження.

## ХОЛОДНА ВОДА ТЕЖ ВИЯВИЛАСЯ ДОПІНГОМ

Домогтися високих спортивних результатів допомагає не стільки попередній «розігрів», скільки попереднє охолодження. За даними австралійського ученого Френка Маріно (Frank E. Marino), що проаналізував доступні наукові публікації з цього питання, використання холодних ванн із контролем внутрішньої температури може виявитися дуже ефективним прийомом.

Як вважають вчені, попереднє охолодження збільшує період часу, що спортсмен може рухатися на межі сил до перегріву. Після цього занадто багато крові починає надходити до шкіри для охолодження, так що м'язи не одержують досить кисню. Перегрів спостерігається приблизно при 38,3, а безпечним рівнем охолодження вчені вважають температуру в 36,1 градуса.

Як підкреслив автор роботи з австралійського університету імені Чарльза Стюарта, при охолодженні (а під час досліджень, звичайно, використовувалися холодні ванни) важливо стежити за температурою тіла, причому внутрішньої — з використанням ректального термометра. Деякі рекомендують використовувати таку ванну, в яку занурюється лише тіло, а кінцівки з м'язами, яким працювати, знаходяться в теплі.



# ЧОРНОБРИВЦІ ЧУДОВО ЛІКУЮТЬ ШКІРУ

**Хочу розповісти про одного представника родини айстрових, що примандрував до нас з Північної Америки. Це – чорнобривці, улюблені нами не лише за їхню сонячну красу, а й за притаманний лише цим квітам духмяний запах. А родичів їх по світу аж 35, і в усіх пахнуть не лише квіти, а й листя, бо рослина ефіроолійна.**

Відомий фітотерапевт Наталія Земна у своїй книзі пише: «Якось спекотного дня, готуючись до зустрічі з людьми і не маючи під рукою ні м'яти, ні меліси, я кинула до звареного компоту кілька листочків чорнобривця, який ще навіть не зацвів. Усі, хто частувався напоєм, питали, з яких дуже знайомих фруктів його зварено.

Так, тут чорнобривці пахли фруктами. Якщо ж додати їх до м'яса чи риби, це буде екзотична приправа, що нага-

дуватиме якісь знайомі прянощі. А як приправа до овочів, у супи, соуси, кулінарні вироби чорнобривці давно знайшли застосування у багатьох країнах світу. І до того ж цілодобово, адже свого запаху вони не втрачають і висушеними, добре поєднуються з насінням кропу, кмину, гвоздики, селери, коріандру та інших пряних рослин. Або їх використовують окремо.

Народна медицина взялася «випробувати» прибульця. Запах рослини вказував на те, що вона збуджує апетит, а колір – що небайдужа печінці. Дослідження підтвердили корисність використання чорнобривців як жовчогінного засобу. Вони засвідчили, що за використання невеликої, навіть незначної дози рослини посилюється сечовиділення. Тож і в разі захворювань нирок чорнобривці теж помічні, бо, крім того, усувають біль, діють протизапально.

Виявилось, що настої з чорнобривців поліпшують обмін речовин. З'ясувалося також, що



вони позитивно впливають на підшлункову залозу, стимулюють її функцію, тому здатні знизити вміст глюкози в крові на початковій стадії цукрового діабету. Отож чорнобривці корисні й за інших хвороб, що виникають внаслідок ураження підшлункової залози та порушення обміну речовин, зокрема, псоріазу, вітиліго, діатезу різної етіології, нейродерміту, випадання волосся, погіршення зору.

Пропоную такий рецепт: 1 ч. л. подрібнених квіток та листя чор-

нобривців залити 1 склянкою окропу, настояти 30 хв., процідити, вживати по чверті склянки 4 рази на добу.

Можна зробити настоянку: 1 ст. л. подрібненої сировини залити 100 мл горілки, настояти 2 тижні. Приймати по 5 крапель 4 рази

на добу у разі псоріазу, вітиліго, себореї та дерматиту.

Примочки, компреси, обмивання з відвару чорнобривців усувають запальні процеси, стимулюють відновлення шкіри, надають їй оксамитового вигляду.

У давні часи сільські жителі застосовували чорнобривці як потогінний засіб що рятував від застудних хвороб.

Бактерицидну дію, виявлену давно, легко перевірити і нині. Ось найкращий засіб для лікування ураженої шкіри, гноячкових

висипань: зібрану сировину (свіжу чи суху) подрібнити, щільненько наповнити нею посудину (не натопувати) і залити доверху олією.

Для зовнішнього застосування ліки можна приготувати і так: 3 ст. л. сировини залити 0,5 л горілки, кип'ятити на слабкому вогні 10 хв., настояти, доки охолоне, процідити. Ось готовий засіб для обмивання, примочок, протирання. Очищає шкіру від продуктів обміну, надає їй пружності, поліпшує обмін речовин, заспокоює.

Можна приготувати збір: трава чорнобривців, чебрецю, череди; кропиви, квітки ромашки (порівну). 200 г суміші залити 1 л води, довести до кипіння, настояти 40-50 хв., процідити та влити у ванну. Температура води 36-39 °С, тривалість процедури – 20 хв. (приймати двічі на тиждень).

До речі, українці завжди купали малят, особливо хлопчиків, у настої чорнобривців, щоб були красивими, сміливими та щасливими».

# ЇЖТЕ ПАСТЕРНАК – БАДЬОРИМИ БУДЕТЕ

**Одночасно з іншими овочами досягає пастернак – великий плід якого за виглядом нагадує моркву (лише білий) чи редьку, а за смаком – петрушку і селеру разом. За вмістом легкозасвоюваних вуглеводів він посідає одне з перших місць серед коренеплодів, у ньому виявлено дуже багато калію, фосфору, кремнію, сірки, хлору, крім того, вітаміни В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, РР, клітковину, крохмаль, пектинові речовини. Багатий його склад свідчить, що це цінна харчова культура.**

Справді, пастернак їдять сирим, додають у перші страви замість моркви, готують з нього другі страви, приправу до м'яса. Але з лікувальною метою нині

використовують менше, мабуть, через необізнаність.

Тим часом пастернак у лікарів користувався пошаною здавна як сечогінний, болю заспокійливий, заспокійливий, протизапальний, тонізуючий засіб. Було помічено, що пастернак розширює судини і зміцнює стінки капілярів. Тому допомагає у разі стенокардії, кардіоневрозу, спазмів судин. Завдяки наявності калію сік і настій кореня пастернаку дуже корисні людям напруженої розумової праці, мають здатність запобігати багатьом психічним розладам.

Пастернак прийде на допомогу й за явищ спазмування в органах травлення, печінки та жовчного міхура, сечовивідних органів.

Фосфор і хлор забезпечують здоров'я органів дихальної системи. Тому пастернак корисний хворим на туберкульоз, запалення легень, емфізему. А

кремній та сірка запобігають ламкості нігтів.

Вважають, що пастернак – один з тих продуктів, який дає силу чоловікам, тому його вживають для лікування імпотенції, хвороб передміхурової залози, а також їх відвернення.

Звісно, найліпший спосіб профілактики та лікування хвороб – це частіше вживання цього овочу в їжу та його соку. Сік доправляє корисні речовини у концентрованому вигляді, до того ж засвоюється дуже швидко, отож ефект його спостерігається теж швидше. Сік п'ють у суміші з іншими овочевими соками або, щоб поліпшити смак, додають до нього меду, розводять водою.

Крім кореня, лікувальну силу мають листя, квіти та насіння. Проте в спекотну погоду листя та коріння виділяє такі речовини, що можуть спричинити опік шкіри. Тому треба одягати ру-



кавички, якщо випадає потреба в цей час його обробляти чи рвати.

## Ось деякі рецепти.

**Кашель, хвороби органів дихання.** 1 ч. л. подрібненого сухого кореня, чи 1 ст. л. подрібненого листя, чи 0,25 ч. л. насіння пастернаку залити склянкою окропу, настоювати під кришкою на водяній бані 30 хв. Охолодити 10 хв., процідити. Приймати по 1 ст. л. 5 разів на день.

**Кольки та спазми різної природи.** 1 ст. л. трави пастернаку залити 1,5 склянки води, нагріти до кипіння, накрити посудину кришкою і добре утеплити, через 2 години процідити. Прий-

мати по третині склянки за 30 хв. до їди.

**Депресія.** 100 г свіжих плодів подрібнити, залити 0,5 л горілки, настоювати 3 тижні в темноті за кімнатної температури, періодично збовтуючи. Пити по 1 ч. л. тричі на день.

**Утома, зниження життєвого тону.** Змішати 2 ст. л. свіжого натертого кореня та 3 ст. л. цукру, залити 1 склянкою води, кип'ятити 15 хв., настояти 8 годин, добре утеплити, процідити. Вживати по 1 ст. л. 4 рази на день за 30 хв. до їди.

**Імпотенція.** Змішати в рівних пропорціях подрібнені сухе насіння і сухі коренеплоди пастернаку. Залити 1 ч. л. суміші 1 склянкою окропу, кип'ятити 2хв. Настоявати 30 хв., процідити. Приймати по 1 ст. л. тричі на день до їди.

**Вітиліго.** 2-3 рази на день змащувати уражені ділянки шкіри соком коренеплодів і підставляти їх під сонячні промені.

**Хвороби нирок і кишківника.** Залити 1 ст. л. трави пастернаку 2 склянками води, кип'ятити 10 хв. під кришкою, настояти 2 години, процідити. Протягом першого тижня приймати по чверті склянки, другого по 3/4 склянки тричі на день до їди.

# ЧЕМПІОН ЗА ВМІСТОМ ВІТАМІНУ С

**Ця ягода зміцнює увесь організм. Шипшина – чемпіон серед лікарських рослин за вмістом вітаміну С. Також в ній є вітаміни А, К, Р, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, пантотенова кислота, мікроелементи (марганець, залізо, фосфор, магній, кальцій) і флавоноїди, зокрема кверцетин (антиоксиданти – сприяють виведенню токсинів, загоєнню ран і навіть зрощенню переломів).**

Завдяки цьому вона має виражений загальнозміцнюючий, антитазудний і протизапальний ефекти. Застосовується і для профілактики ГРЗ.

Покращує кровотворення. Завдяки солідній кількості заліза відвар плодів шипшини буде корисний при анеміях.

Перешкоджає атеросклерозу. Комплекс флавоноїдів шипшини здатний перешкоджати відкладенню бляшок холестеринів, тому плоди шипшини будуть корисні всім, кому за 50.

Медицина також вважає, що

шипшина має жовчогінну, протизапальну, сечогінну, загальнозміцнюючу дію, покращує обмін речовин. Настій і сік з плодів шипшини може застосовуватися при виснаженні організму, інфекційних захворюваннях, гастритах із зниженою кислотністю, гіпертонії, холециститі, жовчнокам'яній і нирковокам'яній хворобах.

Настій і чай з плодів шипшини корисні і здоровим людям як чудовий засіб, що підвищує життєдіяльність організму і збільшує

стійкість до інфекційних захворювань, що особливо цінно восени, взимку і навесні.

Як вживати? З плодів готують настій: 1 ст. л. сухих плодів залити 200 мл окропу. Пити по 1/2 склянки 2-3 рази на день.

Протипоказання: настій може викликати здуття і бурчання в животі – в цьому випадку потрібно приймати його, заїдаючи кропом або петрушкою.





**ЦІКАВО**

**ЧЕРЕЗ ХРОНІЧНІ БОЛІ ЛЮДИНА СТАРІЄ НА 20-30 РОКІВ**

Хронічні болі старіють людину фізично на кілька десятків років. Такі дані співробітників Університету Каліфорнії. Як правило, на хронічні болі страждають люди середнього та літнього віку.

Учені повторно вивчили результати дослідження понад 18 540 людей у віці 50 років і старших, що проводилося 2004 року. Серед учасників експерименту у віковій групі 50-59 років, що не мали хронічних болів, 37 % могли без проблем пробігти півтора кілометри, а 91 % – пройти кілька кварталів.

Серед тих, хто брав участь у таких дослідженнях і потерпав від хронічних болей, подолати півтора кілометри бігом були здатні лише 9 %, а з «пішохідним» завданням впоралися тільки 50 %. Для порівняння: з піддослідних у віці 80-89 років, що не скаржилися на больові відчуття, 4 % пробігли 1,5 кілометра, а 55 % проходили неспішним кроком декілька кварталів.

Дослідники твердять, що боротися з хронічними болями різних типів слід за допомогою фізичних вправ. Зрозуміло, не треба відмовлятися і від медикаментозного лікування.

**ПІНА ВІД ШАМПУНЮ МОЖЕ СТАТИ ПРИЧИНОЮ РІЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**



Американські вчені дійшли висновку, що шампунь може завдати серйозної шкоди людям з ослабленою імунною системою.

На думку дослідників з Університету Колорадо (США), кришки багатьох миючих засобів є прекрасним середовищем для розмноження хвороботворних бактерій, які проникають в організм при безпосередньому контакті піни з обличчям.

У рамках глобального дослідження мікробіології повітря та води в будинках, школах і громадських місцях експерти вивчили 45 екземплярів вживаних шампунів з п'яти штатів США. Результати виявилися достатньо несподіваними – у всіх зразках було виявлено більш як 10 різновидів мікробів, що представляють небезпеку для людського організму.

«Вважаємо, що основним середовищем розмноження бактерій є металеві кришки вивчених нами продуктів, – розповів керівник дослідницької групи, професор мікробіології Норман Пейс. – Утім, уразливими в цьому випадку є лише люди із слабкою імунною системою, а іншим загрожує хіба невелике подразнення на обличчі, симптоми якого проходять протягом кількох годин».

**Відповіді у наступному числі газети**

**СКАНВОРД**

				1. рипт. зношена кров. тиску				2. дерево
3. грюхове місце	4. м'яч для бадмінтону	5. грузинс. гривня	6. египт. богиня неба	7. кобилоче молоко	8. напівмавпа	9. сканівна каліграфічна мистецтва	10. банк	
			11. сирійськ. бог багатства					12. урочистий вірш
	13. річка на Тернопіллі	14. руда каюка	15. твір	16. неохудж. злочинець	17. боа			18. фінанс. повідомлення
	19. грецька літера	20. відбиток на папері			21. китайск. конопля			22. лелека
				23. чин		24. шестигранник		25. верблюд монах
	26. автор "Жовтого рязя"	27. число				28. ріка в Росії	29. літак	
			30. рева корони					
	31. світлячок		32. устрич, умова		33. чол. духовна школа		34. слов'ян. племя	35. кришка для дроби
			36. болопе	37. шотланд. вівчарка	38. с в Почаєві			
	39. народна казка	40. левада	41. в'язь	42. банк	43. жолоб для скання води	44. реп. геологич. орган	45. укр. літак	
	46. інд. жак. одяг			47. де Мосассан	48. герой твору П. Мирного			
49. конура			50. Твен		51. 3,14	52. зарід частинка		

Відповіді на сканворд, вміщений у № 17 (250)

1. Крит. 2. Хойя. 3. Хмиз. 4. Зубр. 5. Узда. 6. Реле. 7. Краб. 8. Тяп. 9. Оаза. 10. Евр. 11. Яшма. 12. Приз. 13. Ягдташ. 14. Ідол. 15. Якір. 16. Бор. 17. Ра. 18. Шрам. 19. Масло. 20. Ніке. 21. Ош. 22. Шарм. 23. Азарт. 24. УТ. 25. Нуг. 26. Пунш. 27. Аркан. 28. Алюр. 29. Пасат. 30. Озон. 31. Лаг. 32. Ату. 33. Лорак. 34. Ле. 35. Го. 36. Дзю. 37. Кода. 38. Таро. 39. Зефір. 40. Ксена. 41. Йод. 42. Аве. 43. Галета. 44. Гак. 45. Сап. 46. Клію. 47. Ерос. 48. Ейре. 49. ГЕС. 50. Сі. 51. Ноу. 52. Рур. 53. Атас. 54. Ібіс. 55. Кадр. 56. Окапі.

**УКРАЇНСЬКИЙ КАЛЕНДАР**



**Князь Ярослав ОСМОМИСЛ**

**1.10.1187.** Помер галицький князь Ярослав Осмомисл, який поширив кордони Галицької держави аж до гирла Дунаю.

**2-10.1621.** Битва та перемога військ Петра Сагайдачного над турками під Хотиним.

**2.10.1990.** Розпочалося політичне голодування українських студентів на майдані Незалежності в Києві.

**3.10.1930.** Померла письменниця Олена Пчілка.

**3.10.1953.** Помер Юліан Вассіян – ідеолог українського націоналізму.

**4.10.1891.** Народився поет Юрій Клен.

**6.10.1876.** Народився академік Сергій Єфремов, голова СВУ.

**8.10.1862.** Помер кубанський письменник отаман Яків Кухаренко.

**12.10.1957.** Московський агент КГБ убив провідного націоналіста, д-ра Лева Ребета.

**13.10.1948.** Помер поет і публіцист Леонід Мосендз.

**14.10.** День українського козацтва.

**14.10.** Свято УПА. 1942 року за наказом ОУН утворено 1-ий відділ УПА під командуванням Сергія Качинського – «Остапа 2».

**15.10.1959.** Московський агент

КГБ убив голову Проводу ОУН Степана Бандеру.

**18.09.1918.** Проголошення ЗУНР і створення Української національної ради у Львові.

**19-25.1848.** Собор руських учених – перший з'їзд діячів української науки, освіти та культури Галичини.

**19-21.1947.** Більшовики вивезли на Сибір 150000 українців.

**21.10.1921.** Василь Липківський висвячений на митрополита УАПЦ.

**21.10.1933.** Микола Лемик виконав атентат-протест проти Голодомору у радянському консульстві у Львові.

**22.10.1953.** Помер митрополит УАПЦ Полікарп Сікорський.

**25.10.1657.** Гетьманом України обрано Івана Виговського.



**Степан БАНДЕРА**

**26.10.1642.** Запорожці з поляками здобули Москву.

**28.10.1914.** Перемога Українських Січових Стрільців на горі Ключ.

**28.10.1989.** Верховна Рада УРСР ухвалила Закон «Про державний статус української мови».

**29.10.1794.** Помер український філолог Григорій Сковорода.

**30.10.1947.** Помер поет і літературознавець Юрій Клен.

Підготував **Льонгін ГУТА**, доцент ТДМУ

**МУДРОСЛІВ'Я**

РУБРИКУ ВЕДЕ ПРОФЕСОР **БОРИС РУДИК**

**ЖИТТЯ – СВІЧКА НА ВІТРИ**

Безсмертя – це міф, але міф безсмертний.

Боятися смерті – надто багато честі для життя.

Божевільний смерті не боїться.

Вмирати зібрався, а жито сій.

Думки про смерть не дають нам спокою, але смерть дарує нам спокій.

Дурні живуть веселіше, але розумні живуть довше.

Для похорону роки не завада.

Жити – сумно, а вмирати – гірко.

Живи так, ніби ти живеш останній день.

Лозунг працівників цвинтаря: мертва людина – це жива копійка.

Медицина продовжує муки того, хто помирає.

Мертве – мертвим, живим – живе.

Ніхто не знає дня своєї смерті. Перед смертю не надихаєшся.

Помираючи, перестану бути смертним.

Старі друзі покидають нас, прокладаючи нам дорогу.

Страх смерті може перемогти лише віра.

Смерть буде панувати в світі, доки жінки будуть народжувати дітей.

Хто б ти не був, але до тебе смерть прийде.

Через самогубство людина хоче змінити своє життя.

Чоловік не помре, доки смерть не прийде.

Ще трохи пожити на думці було, та сонце погасло, за хмари зайшло.

Що не рухається, те мертве.

Якщо вмирає багато, то не питають, хто помер.

У домовині всі станемо одним, всі – один порох. Там одне місце – і рабам, і царям. Ні для кого немає привілею у домовині (Святий Григорій Богослов).