

МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

№ 1(210)
 ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ
 11 січня 2008 року



Стор. 2-5

ВИБОРИ РЕКТОРА ТДМУ ВІДБУДУТЬСЯ 25 СІЧНЯ 2008 РОКУ

Г Т А Ё Г Е

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ

А І І І Ї

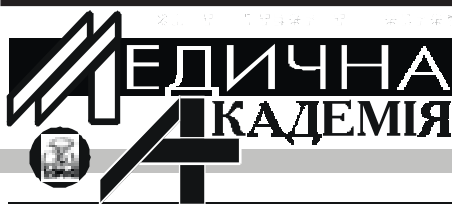
**ТДМУ – СЕРЕД
 НАЙКРАЩИХ ЗАКЛАДІВ
 МЕДОСВИТИ КРАЇНИ**



24 грудня у приміщенні Торгово-промислової палати України відбулися урочистості, присвячені презентації книги «Найкращі заклади медичної освіти України». У виданні Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського названий одним з флагманів впровадження новітніх освітніх технологій у навчальний процес. З рук заступника міністра охорони здоров'я України Сергія Бережного наш університет отримав пам'ятну відзнаку «Медичний олімп», а ректор, член-кореспондент АМН України, професор Л.Я. Ковальчук – нагороджений дипломом «За значний внесок у розвиток медичної освіти України».

(Вл. інформація)

**ПЕРЕДПЛАТИТЬ
 ГАЗЕТУ**



ПЕРЕДПЛАТНА ЦІНА
 на один місяць – 3 грн 10 коп;
 на півріччя – 18 грн 60 коп;
 на рік – 37 грн 20 коп.
 Передплатити газету можна
 у будь-якому відділенні зв'язку

ІНДЕКС 23292



Марія БАБІЙ, студентка медичного факультету

ЮВІЛЕЙ НАРОДНОЇ ОЗДОРОВНИЦІ

Сьогодні про Микулинецьку обласну фізіотерапевтичну лікарню реабілітації знають не тільки за межами області, але й за межами України, адже приїжджають сюди зміцнювати здоров'я з Росії, Польщі, Італії. Тому таким багатолюдним було урочисте святкування 40-річчя з часу заснування лікарні. Приїхали привітати колектив представники обласної та районної влади, обласного управління охорони здоров'я, колеги-лікарі, шефи і привезли з собою грамоти, подяки, подарунки. Особливо багато добрих слів адресували у цей день головному лікарю Зіновію Ясенику, який багато робить для того, щоб лікарня ста-

ла закладом сучасного зразка. А головним набутком всього колективу є те, що за чотири десятиліття кваліфікаційну медичну допомогу тут отримали майже 130 тисяч хворих. Вони на собі відчули чудодійну дію сірководневої мінеральної води і торфових грязей, найрізноманітніших фізіотерапевтичних процедур. А ще дуже важливо те, що Микулинецька лікарня впродовж всього існування залишається справді народною оздоровницею, доступною для найбільш соціально незахищених верств населення.

Ганна МИКОЛАЄНКО

КОРЕКТИВИ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЗУСТРІЧІ РЕКТОРА ЗІ СТУДЕНТАМИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Ректор зазначив, що багато часу на практичному занятті студенти факультету витрачають на описування навичок, а не на їх виконання на пацієнтах, фантомах, муляжах, що не забезпечує належної якості опанування студентами практичних навичок. Студенти навіть напередодні заняття вдома роблять письмові заготовки, щоб менше писати на практичній частині заняття. Це неправильний підхід до організації навчального процесу.

Леонід Якимович сказав, що відтепер припиняється практика написання студентами практичної роботи на стоматологічному факультеті. Студенти повинні з 9-00 години до 12-00 години працювати за стоматологічними установками з пацієнтами, а також біля муляжів, фантомів, тренажерів. Були запропоновані зразки методичних вказівок для студентів, в яких передбачено чітко вказувати місце проведення заняття, матеріально-технічне забезпечення на одного студента приладами, інструментами та витратними матеріалами, опис методики практичної роботи. При сприятливих умовах стоматолога частину тем практичних занять можна буде проводити на базах стоматологічних закладів м. Тернополя.

Детальніше читайте на стор. 2

ЛЕКЦІЇ

15 лютого 2008 р. відбудеться лекція для іноземних студентів п'ятого курсу медичного факультету за фахом «Урологія» на тему: «Гострий пієлонефрит».

Лекція відбудеться в аудиторії №1 – з 14⁰⁰ до 15⁰⁰.

Лектор – Мисак А.І., к.м.н., доцент кафедри хірургії з курсом урології та анестезіології.

22 січня 2008 року відбудеться лекція для лікарів-інтернів із фаху «Внутрішні хвороби» на тему: «Хронічні захворювання печінки».

Конференц-зала поліклініки Тернопільської міської комунальної лікарні № 2 з 9⁰⁰ до 10⁴⁰

Лектор – Самогальська О.Є., д.м.н., доцент кафедри терапії і сімейної медицини ФПО.

ВИБОРИ РЕКТОРА ТДМУ ВІДБУДУТЬСЯ 25 СІЧНЯ 2008 РОКУ

– Чим обумовлено переобрання на посаду ректора університету?

– Відповідно до Закону України «Про вищу освіту» та Статуту університету ректор працює на своїй посаді п'ятирічний термін. Після його закінчення Міністерство охорони здоров'я України, якому підпорядкований вищий навчальний заклад, оголошує конкурс на посаду ректора.

Згідно з контрактом, укладеним 27 грудня 2002 року, повноваження ректора, члена-кореспондента АМН України, професора Л.Я. Ковальчука закінчувалися 27 грудня 2007 року. У зв'язку з цим Вчена рада університету 6 листопада 2007 року ухвалила рішення про проведення виборів ректора на конференції трудового колективу університету як вищого колегіального органу громадського самоврядування вищого навчального закладу 28 грудня 2007 року.

Оголошення про конкурс на заміщення посади ректора Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерство охорони здоров'я України опублікувало у всеукраїнській газеті «Ваше здоров'я» 16 листопада 2007 року. Заяви від кандидатів на посаду ректора протягом місяця приймало Міністерство охорони здоров'я України, а не університету. За рекомендацією МОЗ України дата проведення конференції трудового колективу з приводу обрання ректора рішенням Вченої ради університету від 25 грудня 2007 року була перенесена на 25 січня 2008 року.

– Чи є при виборах на посаду ректора вищого навчального закладу обмеження щодо віку та терміну перебування на посаді?

– Згідно із Законом України «Про вищу освіту», обмежень щодо терміну перебування на посаді ректора немає, а граничний вік кандидата на посаду керівника

У зв'язку з виборами ректора Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського наш кореспондент узяв інтерв'ю у професора кафедри патологічної фізіології Ю.І. Бондаренка – голови оргкомітету з підготовки до конференції трудового колективу ТДМУ, який затверджений рішенням Вченої ради 25 грудня 2007 року.

вищого навчального закладу не може перевищувати шістьдесят п'ять років. При цьому хоча зазначити таке. В Законі вказано, що кандидат на посаду керівника навчального закладу третього або четвертого рівня акредитації повинен бути громадянином України, вільно володіти українською мовою, мати вчене звання професора, науковий ступінь доктора або кандидата наук і стаж науково-педагогічної діяльності не менше, ніж десять років.

– Як формується склад делегатів конференції трудового колективу, яка уповноважена обирати ректора?

– Делегати конференції трудового колективу були обрані згідно із Законом України «Про вищу освіту» і Статутом університету на загальних зборах усіх основних структурних підрозділів (на медичному факультеті, враховуючи велику кількість працівників, – на конференції трудового колективу факультету), а також на загальних зборах студентів усіх факультетів. Попереднє висунення кандидатур для обрання делегатами конференції трудового колективу університету проводили на зборах науково-педагогічних працівників базових структурних підрозділів – кафедр, а також на загальних зборах іншої групи працівників – лаборантів кафедр.

Відповідно до Закону України «Про вищу освіту» не менше, ніж 75% загальної чисельності делегатів конференції трудового колективу повинні становити науково-педагогічні працівники університету. У зв'язку з цим Статут університету

представництво на конференцію визначає пропорційно до кількості членів колективів підрозділів за квотою: один делегат від чотирьох науково-педагогічних працівників та один делегат від двадцяти працівників інших категорій.

– Яка процедура проведення виборів?

– Вибори ректора на конференції трудового колективу університету проводять таємним голосуванням, причому кожен делегат може голосувати лише за одну кандидатуру.

Для проведення конференції трудового колективу обирається робоча президія, секретаріат, мандатна та лічильна комісія, комісія з підготовки проектів рішень. Конференцію вважають правочинною, якщо в ній беруть участь дві третини від загальної кількості обраних делегатів.

25 грудня 2007 року Вчена рада університету своїм рішенням затвердила оргкомітет з підготовки конференції трудового колективу та комісію, яка буде відповідати за виготовлення для таємного голосування необхідної кількості бюлетенів по виборах претендентів на посаду ректора.

Виготовлення бюлетенів комісія проводить безпосередньо під час конференції. Виготовлені бюлетені проштамповуються з титульного боку печаткою канцелярії. Простамповані бюлетені опечатають у конвертах. Місце склеювання конвертів підписують усі члени комісії з виготовлення бюлетенів і скріплюють печаткою канцелярії. Конверти з бюлетенями розпечатують у приміщенні, де проводять конференцію, в присутності усіх членів комісії

з виготовлення бюлетенів та членів лічильної комісії, обраної конференцією трудового колективу. Розпечатані бюлетені передають голові лічильної комісії.

Лічильна комісія організовує проведення таємного голосування, підраховує голоси та оголошує результати голосування, які затверджують делегати конференції. Відповідно до Закону України «Про вищу освіту» конференція трудового колективу обирає та рекомендує Міністерству охорони здоров'я України кандидатури претендентів на посаду ректора, які під час голосування набрали не менше, ніж 30% голосів від статутного складу конференції трудового колективу. Міністерство охорони здоров'я України зобов'язане призначити одну з рекомендованих кандидатур на посаду ректора терміном до п'яти років на умовах контракту. У разі, якщо жоден з претендентів на посаду ректора не набрав у першому турі потрібної кількості голосів (30% від статутного складу конференції трудового колективу), проводять другий тур виборів. До голосування у другому турі допускають не більше двох кандидатів з тих, хто набрав у першому турі найбільшу кількість голосів. Якщо у другому турі виборів жоден з кандидатів на посаду керівника не набрав 30% голосів, конкурс оголошують повторно.

– Як буде забезпечено гласність підготовки та проведення виборів ректора?

– По-перше, реалізацією цього буде публікація в газеті нашого інтерв'ю, а також біографії і програм дій кандидатів на посаду ректора. Крім того, на конференції будуть представники Міністерства охорони здоров'я України, запрошені представники Тернопільської обласної державної адміністрації, обласної та міської рад, засобів масової інформації.

ЗУСТРІЧ

КОРЕКТИВИ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЗУСТРІЧІ РЕКТОРА ЗІ СТУДЕНТАМИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

13 грудня 2007 року відбулася зустріч ректора ТДМУ, члена-кореспондента АМН України, професора Л.Я. Ковальчука зі студентами стоматологічного факультету, на якій вони поставили чимало запитань. Ректор дав вичерпну відповідь на ці питання та доручив проректорам і декану факультету підготувати відповідні розпорядження на виконання і розв'язання поставлених проблем.

10 січня 2008 року Леонід Якимович Ковальчук зустрівся з викладачами стоматологічного факультету. На зустрічі був присутній радник ректора, головний стоматолог обласного управління охорони здоров'я О.Д. Кухарчук.

Ректор привітав колектив факультету з Новим роком, Різдвяними святами, побажав успіхів у викладацькій діяльності. Леонід Якимович Ковальчук зупинився на трьох питаннях:

– кадрове забезпечення факультету;
– видавнича діяльність працівників факультету;
– методичне забезпечення практичних занять.

З першого питання Леонід Якимович зазначив, що колектив факультету складається переважно з молодих викладачів. Ріст наукових кадрів – пріоритетний на-

прямок розвитку факультету, а тому найважливішим завданням є затвердження тем наукових робіт викладачів, а у кого затверджені – активна робота зі здобуття наукового ступеня. Викладачам, в яких є науковий ступінь кандидата наук, необхідно найближчим часом затвердити теми докторських дисертацій. Таким викладачам сприяння і допомога від наукового відділу буде максимальною. Наукова діяльність – невід'ємна частина будь-якого викладача і без неї неможливе зростання справжнього фахівця.

З питання, що стосується видавничої діяльності, Леонід Якимович зазначив, що наш навчальний заклад – один з небагатьох в Україні, де мають видавництво з власною поліграфічною базою. Це дозволило нашому університету забезпечити власними виданнями навчальної літератури вищі медичні навчальні заклади України III-IV рівнів акредитації майже на 90% та I-II рівнів акредитації майже на 80%. У перспективі цей показник планується довести до 100%. Стоматологічний факультет не повинен залишатись осторонь. Завданням факультету на найближчі роки є забезпечення стоматологічних дисциплін навчальними підручниками та посібниками власного видання, як мінімум на 30%.

З третього питання ректор зупинився на особливостях проведення практичної частини занять та написанні методичних рекомендацій до них. Леонід Якимович зазначив, що багато часу на практичному занятті студенти факультету витрачають на описування навичок, а не на їх виконання на пацієнтах, фантомах, муляжах, що не забезпечує належної якості опанування студентами практичних навичок. Студенти навіть напередодні заняття вдома роблять письмові заготовки, щоб менше писати на практичній частині заняття. Це неправильний підхід до організації навчального процесу. Ректор сказав, що відтепер припиняється практика написання студентами практичної роботи на стоматологічному факультеті. Студенти повинні з 9-00 години до 12-00 години працювати за стоматологічними установками з пацієнтами, а також біля муляжів, фантомів, тренажерів. Якщо кількість навичок, що зазначені у навчальній програмі, не дає можливості опанувати їх всі на занятті, тоді ті, що не опановані, переносяться на позааудиторну роботу студента. Як свідчить досвід європейських навчальних закладів, студент повинен бути активним учасником навчального процесу і в позааудиторний час самостійно знайти можливості

освоїти практичні навички або в університетській стоматологічній клініці, або в стоматологічному кабінеті, або у фантомному класі на кафедрі. Були запропоновані зразки методичних вказівок для студентів, в яких передбачено чітко вказувати місце проведення заняття, матеріально-технічне забезпечення на одного студента приладами, інструментами та витратними матеріалами, опис методики практичної роботи. При сприянні головного стоматолога частину тем практичних занять можна буде проводити на базисах стоматологічних закладів м. Тернополя.

Для якісного забезпечення навчального процесу найближчим часом буде належно оснащено зуботехнічну лабораторію, в якій можна буде проводити виготовлення зубних протезів, що покращить показники лікувальної роботи. Планується проведення тендеру із закупівлі 15 стоматологічних установок, радіовізіографа, ортопантомографа та іншого устаткування й матеріалів.

Ректор подякував колективу за проведеною роботу, відповів на запитання та побажав плідної роботи.

**Гор МИСУЛА,
проректор ТДМУ**

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

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

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

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

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

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

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

Газету набрано, зверстано,
віддруковано у Терно-
пільському
державному університеті
ім. І.Я. Горбачевського.
46001, м. Тернопіль,
майдан Воли, 1.

ВИБОРИ РЕКТОРА ТДМУ ВІДБУДУТЬСЯ 25 СІЧНЯ 2008 РОКУ



ЯШАН Олександр Іванович

Біографічна довідка

О.І. Яшан народився в м. Києві 5 вересня 1963 року. 1967 року разом із сім'єю переїхав у м. Тернопіль, де 1970 року почав навчатися в середній школі № 3 з посиленням вивченням англійської мови. 1980 року після закінчення школи вступив у Тернопільський медичний інститут (тепер Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського), який закінчив з відзнакою 1986 р. за спеціальністю «Лікувальна справа».

1986–1987 рр. – лікар-інтерн Тернопільської обласної клінічної лі-

карні. Після закінчення інтернатури отримав спеціальність лікаря-оториноларинголога. З 1987 до 1988 рр. працював лікарем-оториноларингологом у Тербовлянській центральній районній лікарні, з 1988 до 1994 рр. – ЛОР-лікарем медико-санітарної частини Тернопільського комбайнового заводу. 1993 р захистив кандидатську дисертацію.

З лютого 1994 р. працював асистентом курсу оториноларингології Тернопільської медичної академії ім. І.Я. Горбачевського. 2002 року захистив докторську дисертацію та

отримав диплом доктора наук. 2003 року став доцентом кафедри оториноларингології та офтальмології Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, а 2004 р. – професором цієї ж кафедри. З березня 2006 року – завідувач кафедри оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії; з жовтня 2006 року – проректор з лікувальної роботи.

Стаж педагогічної роботи у вищому навчальному закладі – 12 років. Автор 96 наукових робіт, у тому числі підручника «Медсестринство в оториноларингології» та компакт-диска «Оториноларинголог». Отримав 8 патентів України на винаходи. 1996, 2001 та 2006 рр. атестаційний Міністерством охорони здоров'я України на «вищу» атестаційну категорію за спеціальністю «Отоларингологія».

ПРОГРАМА ДІЙ НА 2008-2012 РОКИ

Наш Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського перебуває у динамічному розвитку. І ці вибори ректора є прямим підтвердженням демократичних змін, що відбулися в державі, які не обминули і наш ВНЗ.

НАВЧАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ

Останні роки були для нас надзвичайно плідними, сповненими наполегливої праці викладачів, студентів, всього колективу університету, у результаті чого наш ВНЗ по праву став флагманом вітчизняної медичної освіти, і, вважаю, що такого темпу розвитку повинні дотримуватися і в наступні п'ять років. Кілька років тому ми прийняли концепцію розвитку нашого університету й впровадили нову навчальну систему, яка суттєво наблизилася нас до європейських стандартів освіти. І ця робота ще не завершена. Звичайно, ці освітні новачки поки що вимагають ретельного аналізу і життя розставити на свої місця, що з нового є доцільним, а що – слід переглянути. Як казали наші колеги з Віденського медичного університету: «У Вас буде свій власний шлях, який повинен врахувати як європейський, світовий, так і власний історичний досвід, і не чекайте, що це все буде легко».

Рух вперед завжди є нелегким завданням, набагато простіше бути неприйнятним, і, як кажуть, «не висуватися», та чи це те, чого хочемо?

Я буду всіляко сприяти тому, щоб університет якомога швидше інтегрувався в європейський та світовий медичний освітній простір.

НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ

Кожного університету – це обличчя ВНЗ в очах наукової громадськості. Зараз наука «робиться» не однаками, а творчими колективами, яких в Тернопільському державному медичному університеті є достатньо. Першочерговим завданням реорганізації наукової діяльності університету є перехід від фінансування за рахунок бюджету до фінансування за рахунок цільових державних програм та отриманих грантів. Співробітники, які отримали грант на науко-

ву розробку, повинні мати достатньо часу і можливостей для наукової діяльності. Планую розробити «Положення про грантові дослідження», що дозволить вивільнити час саме для наукової роботи, за рахунок зменшення педагогічного навантаження.

Сучасні дослідження вимагають суттєвих капіталовкладень. Для існуючих в університеті лабораторій слід закупити нове обладнання, яке дозволить виконувати дослідження на сучасному науковому рівні. Перспективним, на мій погляд, є створення лабораторії вирощування клітинних і тканинних культур. Дослідження стовбурових клітин – та галузь медичної науки, що дозволяє проводити як фундаментальні дослідження, так і мати суттєвий вихід у практику, тобто об'єднати зусилля більшості теоретичних та клінічних кафедр для суттєвого прориву у цій сфері.

Створення або дооснащення факультетських чи кафедральних лабораторій дозволить проводити вузькоспеціалізовані дослідження за запланованими темами. Планую подальший розвиток студентської науки. З цією метою вже розроблені програми «Студент – майбутній фахівець високого рівня кваліфікації» та «Студентська наука і проф-орієнтаційне навчання», потрібно лише забезпечити їх реалізацію.

Хочеться вірити, що в наступні п'ять років темпи розвитку науки не знизяться й наш університет залишиться в авангарді вищої медичної освіти та науки України.

ЛІКУВАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ

є ближчою для мене сферою інтересів, адже вже понад рік працюю проректором з лікувальної роботи. Стратегічним напрямком розвитку клінічних кафедр ТДМУ є доведення виконання лікувально-профілактичної роботи професорсько-викладацьким складом клінічних кафедр до європейських і загальносвітових рівнів та стандартів. Будемо намагатися реалізовувати прогресивні ідеї та ініціативи, щоб досягнути такого рівня медичної допомоги, який би влаштовував як хворих, так і спів-

робітників кафедр. Це завдання тісно пов'язане з активним запровадженням сучасних лікувально-діагностичних технологій, які дозволять нашим пацієнтам отримувати високоякісну медичну допомогу. Звичайно, це з одного боку, вимагає значних капіталовкладень для придбання коштовного медичного обладнання. З іншого – необхідно якісно підвищити фаховий рівень спеціалістів нашого університету, що передбачає стажування в провідних клініках Європи та Америки для оволодіння передовими технологіями. Вирішення цих завдань дозволить перетворити університетські клініки на найсучасніші лікувально-профілактичні заклади міста і області та в більшості медичних спеціальностей вийти на передові позиції в Україні.

Звичайно, гармонійний розвиток клінічних баз неможливий без тісної співпраці університету з обласним і міським управліннями охорони здоров'я, а також при активній участі лікувально-профілактичних закладів регіону, на базі яких розташовані більшість клінічних кафедр університету. Серед пріоритетних напрямків розвитку клінічних баз вважаю повний перехід на лікування хворих і згідно з європейськими та українськими стандартами.

Сучасний лікувальний процес передбачає потужну діагностичну базу. Створені в університеті лабораторії дозволяють виконувати клінічні дослідження на найсучаснішому рівні (проточна цитофлюорометрія, полімеразно-ланцюгова реакція, імуноферментні методи тощо). Така діяльність дозволить впроваджувати сучасні наукові розробки в практику медичних закладів.

Основний прогрес сучасної медицини лежить в сфері впровадження хірургічних підходів у лікування хворих, які традиційно вважались терапевтичними. Тому пріоритетним завданням вважаю запровадження сучасних оперативних методик, якими володіють провідні клініки Європи та світу. В хірургії – це ширше застосування малоінвазивних ен-

доскопічних технологій при хворобах черевної порожнини, грудної клітки, черепа, суглобів, а також ендоскопічна симпектомія. Торакальна хірургія – інший напрямок пріоритетів. Серед найреальніших методик – ангіографічна вазобалонна дилатація коронарних артерій з наступним стентуванням при ішемічній хворобі серця. Інші хірургічні спеціальності також чекають нових підходів. В отоларингології – це кохлеарна імплантація (відновлення слуху у практично глухих людей), в офтальмології – факоемілісифікація (малотравматичне видалення кришталика), в ортопедії – блокуючий остеосинтез довгих кісток скелета. В онкології реальним є впровадження методів доклінічної діагностики первинних пухлин і метастатичних процесів з використанням УЗД-методик одночасно з комп'ютерними технологіями, імуногістохімією та флюорисцентною мікроскопією.

Кардіологія – та галузь медицини, де зараз відбуваються найвагоміші зміни. Серед методик, які реально запровадити найближчим часом, є оцінка морфо-функціонального стану сонних артерій ультразвуковим методом для визначення ризику серцево-судинних подій у хворих на ІХС; дослідження С-реактивного протеїну, інтерлейкіну та туморнекротичного фактора у хворих на ішемічну кардіопатію. В гастроентерології зусилля слід прикласти для впровадження в університеті методик визначення еластази-1 в крові і в калі при хронічних панкреатитах, визначення гелікобактера в шлунку з допомогою дихального теста.

Головним завданням в педіатрії вважаю остаточне налагодження технологій виходжування передчасно народжених дітей з масою 500 г. В акушерстві реальним, на мій погляд, є започаткування репродуктивної медицини, адже більшість з необхідного обладнання та методик вже є реальністю в університеті (лапароскопія, цитологія, наявність кріобанку сперми).

Стоматологія – це також один з основних напрямків реорганізації лікувальної роботи. Реальним на сучасному етапі є створення на базі стоматологічного факультету потужної стоматологічної поліклініки, оснащеної радіовізіографом та ортопантомографом. До складу цієї поліклініки буде входити також сучасна

зуботехнічна лабораторія, що дозволить надавати безкоштовні стоматологічні послуги співробітникам та студентам університету.

Тут не перераховані всі медичні спеціальності, в яких реально налагодити нові сучасні методики, та твердо переконаний, що медичний ВНЗ повинен бути відомим передусім новітніми медичними технологіями, які дозволяють нашим пацієнтам отримувати весь спектр сучасних медичних послуг.

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського – величезне господарство, утримання якого на належному рівні вимагає копіткої повсякденної роботи. Матеріально-технічна база, що об'єднує 18 будівель, розташованих в обласному центрі, та 14 будівель і споруд НОК «Червона калина», вимагає постійного контролю та матеріально-технічної підтримки, що є обов'язковим об'єктом нагляду керівника.

ФІНАНСОВО-ГОСПОДАРЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ

Усім зрозуміло, що без достатніх грошей неможливо адекватно забезпечити ні навчальний процес, ні наукову, ні клінічну діяльність. Фінансування університету проводиться за двома видами – державне (загальний фонд) та власні надходження (спеціальний фонд). На державне фінансування вплинути переважно не можливо, тому головним завданням ректора є збільшення власних надходжень. Це досягається за рахунок підвищення плати за навчання студентів, інтернів та курсантів, а також за рахунок залучення більшої кількості контрактних студентів, особливо іноземців. Лише в університет з високим міжнародним рейтингом будуть їхати студенти з інших держав для навчання. Тому імідж нашого ВНЗ на вітчизняному та світовому освітньому ринку є тією золотою жилою, яка повинна забезпечити належний розвиток навчальної, наукової, лікувальної та господарської сфери.

Розумію, що моя програма є власним поглядом на відлагоджений механізм, що вже сформувався в університеті. Лише гармонійний розвиток всіх досягнутих наробок та впровадження в життя нового та ефективного дозволить дійсно перетворити наш університет на ВНЗ сучасного європейського рівня.

ВИБОРИ РЕКТОРА ТДМУ ВІДБУДУТЬСЯ 25 СІЧНЯ 2008 РОКУ



КОВАЛЬЧУК Леонід Якимович

Біографічна довідка

Л.Я. Ковальчук народився 15 березня 1947 р. у с.Тернівка Ізяславського району Хмельницької області в багатодітній селянській сім'ї. 1966 року закінчив Бережанське медичне училище, а 1973 р. – Тернопільський медичний інститут. 1973–74 рр. – лікар-інтерн Тернопільської обласної лікарні. 1974–75 рр. – хірург дільничної лікарні с. Устя- Зелене Тернопільської області. 1975–78 рр. – завідувач хірургічного відділення Великодедеркальської районної лікарні Тернопільської області. 1977 року захистив кандидатську дисертацію. 1978–80 рр. – завідувач хірур-

гічного відділення Знамянської центральної районної лікарні Кіровоградської обл. 1981–83 рр. – асистент кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Тернопільського медінституту. 1983–87 рр. – головний хірург Тернопільського облздороввідділу. 1988 року захистив докторську дисертацію. 1987–97 рр. – завідувач кафедри шпитальної хірургії, одночасно з 1994 р. – проректор з лікувальної роботи, з 1997 р. – ректор Тернопільської державної медичної академії (з 2004 р. – університет) імені І.Я. Горбачевського.

Л.Я. Ковальчук очолює асоціацію хірургів Тернопільщини, головний редактор журналу «Шпитальна хірургія»; автор понад 200 наукових праць, у т. ч. 6 монографій, 4 атласів, 5 підручників і навчальних посібників, 27 винаходів і патентів. Підготував 6 докторів і 28 кандидатів наук.

Професор Л.Я. Ковальчук удостоєний почесних звань «Заслужений діяч науки і техніки України» і «Заслужений працівник освіти України», обраний членом-кореспондентом Академії медичних наук України, нагороджений орденом «За заслуги» III ступеня, Почесними грамотами Верховної Ради та Кабінету Міністрів України, визнаний «Людиною року» міста Тернополя (2002р.), занесений у Золоту книгу еліти України.

ПРОГРАМА ДІЙ НА 2008-2012 РОКИ

У діяльності ректорату користуватися Концепцією розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (інтеграція у світовий медичний освітній простір), затвердженою рішенням Вченої ради університету від 27.06.2006 р., протокол № 19. В результаті її обговорення в колективах підрозділів університету визначено її мету – входження Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського у світовий медичний освітній простір.

Завдання Концепції:

1. Забезпечення мобільності студентів у світовому медичному освітньому просторі.
2. Забезпечення мобільності лікарів у світовому медичному просторі.
3. Забезпечення розвитку університетських наукових досліджень за європейським стандартом та перехід їх фінансування від бюджетного до фінансування за рахунок отриманих грантів.

Продовжити курс на децентралізацію та демократизацію управління університету шляхом делегування частини повноважень ректорату факультетам, деканатам і навчально-науковим інститутам.

НАВЧАЛЬНА РОБОТА

З метою інтеграції у світовий медичний освітній простір продовжувати розвивати нову форму організації навчального процесу із застосуванням методик «єдиного дня», ліній практичних навичок, Z-системи навчання, матрикулів практичних навичок, семестрового тестового контролю університетським незалежним центром тестування, мережевої навчальної системи на основі Інтернет-технологій, заслухати і схвалити на засіданнях Вченої ради університету від 14.11.06 р., протокол № 4; від 19.12.06 р., протокол № 5; від 16.01.07 р., протокол № 6; від 27.02.07 р., протокол № 7.

Впровадження новітніх технологій в навчальний процес забезпечить

підготовку висококваліфікованих спеціалістів. Ці заходи поряд із зростанням освітнього рівня студентів забезпечать підвищення їхньої ініціативи, перетворять їх із пасивних учасників навчального процесу в активних молодих людей, які повинні самостійно і наполегливо вчитися, займати активну позицію у громадському житті України.

Забезпечити реалізацію 7 пунктів, викладених європейською асоціацією із забезпечення якості освіти. Продовжити впровадження комплексного тестового іспиту на усіх курсах і факультетах університету, який забезпечує максимальну об'єктивність оцінки знань студентів, унеможливує зловживання і корупцію. Долучити до іспиту кожний рік по одному курсу (рішення Вченої ради університету від 25.12.07 р., протокол № 7).

Вдосконалити запроваджені в університеті методику об'єктивної оцінки викладацької майстерності викладачів.

Запровадити на всіх курсах і факультетах вже у цьому навчальному році комп'ютерну систему щоденного дистанційного тестового контролю визначення рівня знань студентів на основі технології «Moodle», яка була апробована впродовж осіннього семестру 2007-2008 н.р. на базі кафедри анатомії (рішення Вченої ради університету від 25.12.07 р., протокол № 7).

Забезпечити впровадження об'єктивного структурованого клінічного іспиту (OSKI) для студентів III-V курсів медичного факультету (рішення Вченої ради університету від 06.11.07 р., протокол № 5).

Реалізувати Концепцію розвитку бібліотеки Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, затвердженої рішенням Вченої ради університету від 25.12.07 р., протокол № 7. Забезпечити збільшення книжкового фонду бібліотеки із нових україномовних, англомовних та російсько-

мовних видань.

Забезпечити дисципліни підручниками шляхом видання їх у видавництві «Укрмедкнига» з поширенням (шляхом реалізації) по вищих навчальних закладах України I-IV рівнів акредитації:

- по медичному факультету – на 100 %;
- по фармацевтичному факультету – на 50 %;
- по стоматологічному факультету – на 30 %;
- по ННІ медсестринства – на 100 %.

МАТЕРІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАКУЛЬТЕТІВ

Медичний факультет. Забезпечити належне оснащення кафедр для навчання студентів за Z-системою. Для цього додатково закупити для кафедри нормальної фізіології та патологічної фізіології оснащення:

- шестиканальні ЕКГ-апарати – по 4 шт.;
- електроенцефалографи по 2 шт.;
- комп'ютерні спірографи по 2 шт.;
- комп'ютерні реографи по 2 шт.;
- УЗД-сканери з доплером по 1 шт.;
- рефрактометри по 1 шт.;
- велоергометри по 1 шт.;
- пікфлуометри по 7 шт.

Крім того для кафедри нормальної фізіології придбати:

- рН-метри та спеціальні фантоми для внутрішньо-шлункового зондування – 4 шт.;
- аудіометр – 1 шт.;
- крісло Барані – 1 шт.;
- апарат Рота – 1 шт.;
- сферопериметр автоматизований – 1 шт.

Для кафедри загальної гігієни придбати:

- портативний лічильник аероіонів – 2 шт.;
- апарат для визначення інфрачервоного випромінювання – 2 шт.

Для кафедри медичної хімії придбати нове обладнання і збільшити кількість наявного обладнання:

- фотоколориметри – 5 шт.;
- водяна баня – 6 шт.;
- спектрометр – 1 шт.;
- термостат – 1 шт.;
- шафа сушильна – 1 шт.
- та інше обладнання (ареометри, центрифуги, дозатори тощо)

Для кафедр патологічної фізіології, нормальної фізіології, медичної біології і мікробіології, а також патологічної анатомії придбати:

- мікроскопи «Біолам» – 100 шт.;
- тринокулярні мікроскопи – 4 шт.;
- бінокулярні мікроскопи – 4 шт.

Укомплектувати всі навчальні кімнати кафедр патологічної фізіології, нормальної фізіології, біології, мікробіології, патологічної анатомії та нормальної анатомії відеосистемами для подачі інформації із мікроскопа, інтернета та інтранета на монітор, а також для демонстрації компакт-дисків.

Оснастити усі лекційні аудиторії університету стаціонарними мультимедійними проекторами, замінивши ними переносні.

Фармацевтичний факультет. З метою подальшого розвитку матеріально-технічної бази фармацевтичного факультету придбати:

- реотест – 1 шт.;
- електронна вага – 2 шт.;
- сушильна шафа – 1 шт.;
- флюорометр – 1 шт.;
- центрифуга – 1 шт.;
- дражувальний котел – 1 шт.;
- змішувач – 2 шт.;
- гомогенізатор – 1 шт.;
- прилад Ребіндера – 2 шт.;
- гранулятор із подрібнювачем – 1 шт.;
- прилад для визначення температури плавлення – 1 шт.;
- прилад для визначення граничного вмісту домішки Арсену – 1 шт.;
- терези електронні (технічні до 0,01 мг) – 1 шт.;
- поліарометр – 1 шт.;
- рефрактометр УПП-1 – 1 шт.;
- гранулятор лабораторний – 1 шт.;
- таблетковий прес – 1 шт.;
- високошвидкісний змішувач порошкових мас – 1 шт.;
- котел дражувальний лабораторний – 1 шт.;
- лабораторна установка для покриття таблеток – 1 шт.

Стоматологічний факультет. Поліпшити матеріально-технічну базу факультету (рішення Вченої ради університету від 27.02.07 р., протокол № 7).

Доукомплектувати кафедри стоматологічними установками в кількості 15 шт.

Придбати обладнання для 2 зуботехнічних лабораторій:

- столи зуботехнічні одинарні з витяжним модулем – 4 шт.;
- воскотопка з електрошпателем – 2 шт.;
- пістолет паяльний – 4 шт.;
- шліф-мотор – 2 шт.;
- піскоструменевий апарат – 2 шт.;
- апарат для протягування гільз – 2 шт.;
- мікромотори технічні – 2 шт.;
- апарат для штампування коронок – 20 шт.;
- апарат для фіксації штифтів – 2 шт.;
- апарат для полімеризації акрилових протезів – 2 шт.;
- прес з гідропідкачкою – 2 шт.;
- пароструйка – 2 шт.;
- фрезерний станок – 2 шт.;
- ливарна установка – 1 шт.;
- вібростол – 2 шт.;
- тример – 2 шт.;
- пічка для роботи з прескерамікою – 2 шт.;
- паралелометр – 2 шт.;
- установка ультразвукова для дезінфекції – 2 шт.;
- вакуумзамішувач – 2 шт.;
- муфельна піч – 2 шт.;
- апарат для контактного зварювання гільз – 2 шт.;
- витяжна шафа – 2 шт.;
- наковальні зуботехнічні – 20 шт.

Придбати радіовізіограф з подачею зображення на монітор, а також стоматологічний рентгенапарат (ортопантомограф).

Обладнати всі навчальні кабінети, в яких розміщені стоматологічні установки відеосистемами із інтраоральними відеокамерами.

На основі методичних розробок кафедр забезпечити своєчасне надходження розхідних стоматологічних матеріалів та інструментарію.

Додатково забезпечити кафедри багатифункціональними стоматологічними фантомами в кількості 10 шт. та іншими необхідними фантомами і муляжами.

Закупити навчальну стоматологічну програму «Dental View».

Факультет іноземних студентів:

– довести число іноземних студентів в університеті до 800 осіб, а вартість навчання 1 іноземного студента не менше 20 тис. грн. за рік;

ПРОГРАМА ДІЙ НА 2008-2012 РОКИ

- створити віртуальну клініку на базі ННІ медсестринства, оснастивши її 10 комплектами багатофункціональних фантомів та необхідним обладнанням і відео системами (рішення Вченої ради університету від 16.05.07 р., протокол № 11);
- для зручності орієнтації іноземних студентів всі навчальні, службові і допоміжні приміщення оснастити табличками українською та англійською мовами;
- регулярно забезпечувати іноземних студентів новими англійськими підручниками, компакт-дисками, навчальними відеофільмами;
- сприяти викладачам університету, які друкують у видавництві «Українська» англійськомовні підручники;
- сприяти зростанню кількості викладачів, які отримали сертифікат на право ведення занять англійською мовою з 40 % до 60 %;
- продвинути підготовку викладацького складу і матеріальної бази університету для навчання франкомовних студентів (рішення Вченої ради університету від 28.08.06 р., протокол № 1);
- відновити програму оплати праці англійськомовних викладачів в залежності від рівня володіння англійською мовою, перейшовши від теперішньої оплати у вигляді премії в розмірі 15% за вичитані години англійською мовою до оплати згідно Положення «Про порядок преміювання за викладання дисциплін іноземними мовами в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я.Горбачевського» за III рівень володіння англійською або французькою мовою 60%, за II — 90% і за I — 120%.

Факультет післядипломної освіти: Забезпечити всі кафедри факультету:

- необхідними спеціалізованими фантомами;
- комп'ютерними класами;
- програмами для проведення тестування курсантів.

НАУКОВА РОБОТА

Процес вдосконалення і реформування наукової роботи в Тернопільському державному медичному університеті має здійснюватися, виходячи з аналізу світових тенденцій розвитку системи вищої освіти та медичної науки, осмислення позитивного досвіду провідних країн.

Основним напрямком розвитку наукових досліджень, відповідно до концепції розвитку університету, є перехід від фінансування науки за рахунок бюджету університету до забезпечення її фінансування за рахунок цільових державних програм та отриманих грантів.

Наш університет внесено до переліку закладів, які мають дозвіл на проведення грантових клінічних випробувань лікарських засобів з метою встановлення або підтвердження їх ефективності та нешкідливості. Постійну реєстрацію у фармацевтичному центрі МОЗ України, яка дає першочергове право на клінічну апробацію нових клінічних засобів, отримала клінічна шпитальна хірургія університету. Протягом найближчого часу на таку ж форму реєстрації будуть претендувати ще 4 наукові колективи університету, що дасть змогу значно розширити кількість грантових досліджень.

Буде розроблено **положення про грантові дослідження**, яке дасть змогу вивільнити час, необ-

хідний для наукової роботи, за рахунок зменшення педагогічного навантаження. Така корекція навантаження, як і в провідних університетах Європи і США, буде відбуватися пропорційно до суми коштів, які зароблятиме науковець (науковий колектив) для університету.

Для дооснащення науково-дослідних лабораторій, які працюють в університеті і акредитовані МОЗ України, заплановано придбати таке обладнання:

• Міжкафедральна науково-клінічна лабораторія:

- гематологічний аналізатор;
- лазерний нефелометр;
- вортекс-центрифуги;
- коагулометр;
- автоматичний імуноферментний аналізатор з додатковим обладнанням (шейкер, інкубатор, промивач планшет тощо);

• Центральна науково-дослідна лабораторія:

- імуноферментний аналізатор з додатковим обладнанням (шейкер, інкубатор, промивач планшет тощо);
- електронний рН-метр;
- тринокулярні мікроскопи з морфометричною системою;
- гематологічний аналізатор;

• Лабораторія досліджень інфекційних хвороб:

- ПЛР-лабораторія;
- люмінесцентний мікроскоп;
- електронний рН-метр;

• Лабораторія доклінічних досліджень лікарських засобів:

- двопроменевий спектрофотометр;

- біохімічний аналізатор;
- обладнання для дослідження оксиду азоту;
- спектроскоп;

• Лабораторія мікробіологічних досліджень:

- анаеростати;
- CO₂-інкубатор;
- програмовані автоклави;
- обладнання для вірусологічної лабораторії;
- тест-системи для ідентифікації мікроорганізмів.

В університеті заплановане створення нової **лабораторії вирощування клітинних і тканинних культур**, яка дасть змогу проводити сучасні наукові дослідження і розпочати грантові дослідження у фундаментальних галузях медицини, дослідження стовбурових клітин тощо.

З цією метою створена група науковців, яка пройде стажування в аналогічних лабораторіях Праги, Києва, Харкова. Для оснащення лабораторії заплановано закупити комплекс обладнання, у тому числі — ламінарні бокси, інвертовані мікроскопи, CO₂-інкубатор, низькотемпературний холодильник тощо.

З використанням нещодавно закупленого проточного цитофлюориметра заплановано розпочати ряд досліджень, пов'язаних з вивченням імунопатології при гострих та хронічних запальних процесах, захворюваннях серцево-судинної системи. Подана на державне фінансування науково-дослідна робота, пов'язана з вивченням системного, у тому числі — імуноопосередкованого впливу ксенотрансплантатів в експерименті і клініці.

Заплановано розширити **лабораторію фармфакультету** за рахунок проведення реконструкції в

цокольному приміщенні корпусу, а також дооснастити її рідинним хроматографом, мас-детектором, двохламним спектрофотометром, обладнанням для визначення температури плавлення тощо. Буде створена **лабораторія фармакогнозії**, для роботи якої будуть придбані газовий хроматограф, УФ-спектрофотометр, атомно-абсорбційний спектрометр та інше обладнання.

Будуть проведені принципові зміни щодо виконання студентських наукових досліджень. З цією метою передбачається:

- налагодити співпрацю з міжнародною федерацією асоціацій студентів IFMSA що, дасть можливість проводити наукове та професійне стажування студентів і молодих вчених за кордоном, розширити контакти зі студентськими науковими організаціями Європи і світу;
- проводити внутрішні конференції студентів і молодих вчених у ННІ, на клінічних кафедрах, фармацевтичному та стоматологічному факультетах з можливістю оприлюднення результатів студентських НДР на WEB-порталі університету;
- широко залучати іноземних студентів до роботи в студентських програмах, гуртках та участі у студентських наукових конференціях;
- розвивати самостійність студентів і молодих вчених у виконанні наукової роботи, активно залучати їх до проведення НДР кафедр, грантових досліджень;
- широко використовувати WEB-сторінку та газету університету «Медична академія» для розміщення інформації про роботу СНТ і Ради молодих вчених, результатів наукових досліджень, першого етапу Всеукраїнських конкурсів наукових робіт студентів і молодих вчених.

ЛІКУВАЛЬНА РОБОТА

Забезпечити підвищення професійного рівня викладачів клінічних кафедр за рахунок стажування у клініках України, Європи і США. Налагодити систему безперервного фахового удосконалення для викладачів усіх лікувальних спеціальностей, створити з цієї метою відповідну програму. При цьому особливу увагу приділяти молодим фахівцям і представникам резерву на заміщення посад завідувачів клінічних кафедр.

Інтегрувати зусилля з практичною охороною здоров'я області для створення сучасних діагностично-лікувальних комплексів на усіх клінічних базах університету.

Проводити спільні виїзди в районі області з метою надання висококваліфікованої медичної допомоги сільському населенню.

Для цього організувати мобільні бригади, до складу яких будуть входити представники клінічних кафедр університету і практичної охорони здоров'я.

Удосконалити надання медичної допомоги сільському населенню в рамках санітарної авіації.

З міськомунірацією і міським управлінням охорони здоров'я розробити оптимальну систему організації міських закладів охорони здоров'я з максимальним використанням потенціалу клінічних кафедр і з перспективою створення університетської клініки.

Вважати пріоритетним напрямком розвиток сучасної клінічної

стоматології. З цією метою розвинути матеріальну базу стоматфакультету, максимально використувати навчальне обладнання у клінічній практиці, забезпечити проходження стажування і фахове удосконалення викладачів кафедр стоматологічного факультету.

МІЖНАРОДНА СПІВПРАЦЯ

Продовжувати співпрацю з 10 медичними університетами світу, з якими укладені відповідні угоди, у тому числі — у навчальній, науковій та лікувальній галузях.

Протягом 5 років провести за рахунок університету стажування 80 викладачів у згаданих навчальних закладах.

З метою стимуляції закордонних наукових відряджень викладачів додатково виділяти до 20% з коштів, зароблених ними у результаті проведення грантових наукових досліджень, видання підручників і посібників.

Налагодити міжнародний обмін студентами з метою навчання, проведення наукових досліджень та відпочинку (у тому числі — з використанням досвіду Міжнародних літніх шкіл ТДМУ).

До пріоритетних розділів міжнародної співпраці віднести:

- спільне проведення наукових досліджень, передусім — грантових;
- спільне видання підручників і посібників, навчальних компакт-дисків, журналів;
- спільне проведення освітніх і наукових конференцій;
- спільні публікації результатів наукових досліджень, освітніх нововведень;
- спільне проведення міжнародних навчань, майстер-класів, тренінгів тощо.

ВПРОВАДЖЕННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС:

- створити комп'ютерні класи по всіх клінічних кафедрах університету;
- завершити підведення скловолоконних ліній для забезпечення доступу до швидкісного Інтернету всіх клінічних кафедр університету;
- поновити і розширити (не менше як 30 комп'ютерів кожен) комп'ютерні класи в навчально-наукових інститутах;
- збільшити комп'ютерний парк університету в 2,5 рази, забезпечивши сучасною комп'ютерною технікою всі підрозділи;
- забезпечити навчально-наукові інститути та всі клінічні кафедри мінідрукарнями;
- завершити впровадження семестрових тестових іспитів з комп'ютерним розшифруванням та оцінюванням в присутності студентів по всіх факультетах;
- продовжити і протягом 2007/08 навчального року завершити впровадження альтернативної оцінки знань студентів шляхом комп'ютерного дистанційного тестування;
- постійно вдосконалювати матеріали для підготовки до практичних занять, лекцій та презентацій лекцій, поповнюючи їх сучасними новітніми текстовими матеріалами, слайдами та відеофільмами;
- розробити і впровадити в навчальний процес матеріали для підготовки і здачі практичних навичок згідно матрикулів, розмістивши їх в Інтранет.

РОЗВИТОК СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ:

- забезпечити обов'язкову участь студентів у роботі Вчених рад університету і факультетів;
- забезпечити участь студентів у роботі органів громадського самоврядування університету (Конференція трудового колективу, загальних зборах факультетів);
- для вирішення проблем студентів щомісяця проводити зустрічі ректора з членами студентської ради;
- надати студентській раді повноваження для активізації роботи студентського наукового товариства, реалізації програм «Студентська наука і профорієнтаційне навчання» та «Студент — майбутній фахівець високого рівня кваліфікації»;
- сприяти проведенню студентських зборів, наукових форумів, конкурсів тощо;
- передати студентській раді право розподіляти місця студентів у гуртожитках;
- відряджувати студентів з університету тільки після рішення студентської ради;
- при конкурсі у магістратуру враховувати рекомендації студентської ради після попереднього заслуховування претендента на засіданні студентської ради;
- випускників, які претендують на наукову роботу, попередньо заслуховувати на спільному засіданні студентської ради і студентського наукового товариства. Рекомендацію враховувати при прийнятті остаточного рішення вченою радою університету.

ФІНАНСОВА І ГОСПОДАРСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ:

- забезпечити щорічне збільшення надходжень коштів на 4-5 млн. грн. в порівнянні з попереднім роком, необхідне для розвитку університету;
- добудувати 2-й поверх бібліотеки на вул. Січових Стрільців, 8 та обладнати в ньому читальний та комп'ютерний зали.
- Провести ремонт цокольних приміщень корпусів університету:
- у біологічному корпусі під лабораторією кафедри фармакогнозії;
- у корпусі на вул. Чехова, 3 — під навчальні зали стоматологічного факультету;
- у корпусі на вул. Чехова, 7 — під навчальні зуботехнічні лабораторії;
- у фармацевтичному корпусі — під наукову лабораторію (праве крило) та студентське кафе (ліве крило);
- в адміністративному корпусі — під сервісний центр для обслуговування студентів та працівників;
- у морфологічному корпусі — під лекційну аудиторію та анатомічні зали з оснащенням їх поліфункціональними відеосистемами і оформленням по типу анатомічного театру;
- відремонтувати і здійснити переоснащення навчальних кімнат 2-3 поверху біологічного корпусу згідно до навчання за Z-системою;
- відремонтувати фасади біологічного корпусу та гуртожитку №3;
- впорядкувати територію морфологічного корпусу;
- встановити огорожу гуртожитків університету на вулиці Живова та вулиці Клінічна; здійснити впорядкування території довкола гуртожитків та розмістити відповідну інфраструктуру (магазини, заклади харчування, відпочинку, тенісні корти, спортивні майданчики, заклади обслуговування та ін.);
- переоснастити ліве крило другого поверху адміністративного корпусу під зал засідань вченої ради та ректорат;
- на 2-3 поверхах адміністративного корпусу провести заміну підлог на ламіновані та дверей як в коридорах, так і навчальних кімнатах;
- облаштувати кімнати на базі приміщень кабінетів ректора, проректора з навчальної роботи та приймальної і перевести туди відділ інформаційних технологій та центр незалежного тестування;
- завершити ремонт гуртожитків №3 і №4.

НОВИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Артеріальна гіпертензія (АГ) — одна з найбільш поширених хвороб на земній кулі. Згідно із статистичними даними майже 28 % українців України має підвищений артеріальний тиск (АТ). У більшості випадків АГ генетично запрограмована хвороба і з віком захворюваність наростає. Якщо у 20-30 років майже 5 % населення має АГ, то у 80 років — 80 %. Неконтрольована АГ вже в працездатному віці почасти призводить до втрати працездатності, розвитку таких грізних серцево-судинних ускладнень, як інсульт, інфаркт міокарда, фатальні аритмії серця, серцева недостатність, раптова серцева смерть. Підходи до гіпотензивної терапії з часом змінюються. Її мета — продовжити життя хворого, попередити грізні серцево-судинні ускладнення.

Нині гіпотензивну терапію вважають ефективною, якщо в процесі лікування АТ знижується до 140/90 мм рт. ст., а при поєднанні АГ з цукровим діабетом чи хворобами нирок — до 130/80 мм рт. ст. У більшості випадків домогтися такого результату досить важко.

Ще років 10-20 тому в методичних рекомендаціях вказували, що лікування АГ треба починати з монотерапії. Новий підхід — терапія має бути комплексною. Лише у 30-35 % хворих на АГ монотерапія давала позитивний результат. При комплексному призначенні 2-3 гіпотензивних засобів суттєве зниження АТ настає у 75 % обстежених. У деяких випадках (зляксісна АГ) необхідно призначати 4-5 гіпотензивних препаратів. Отже, на перше місце в клінічній практиці вийшла комбінація кількох гіпотензивних засобів різних класів. Усім хворим на АГ з артеріальним тиском 160/100 мм рт. ст. і вище з перших днів доцільно призначати комплексну гіпотензивну терапію.

Які переваги комплексної терапії АГ? Підсилення антигіпертензивної дії досягається за рахунок комбінації різних ліків, які впливають на різні механізми підвищення артеріального тиску. Водночас зменшення дози призводить до зниження ризику появи побічних ефектів ліків.

При певних комбінаціях один з препаратів нейтралізує побічні ефекти іншого.

ІАПФ чи антагоністи рецепторів А II підвищують у крові концентрацію калію, яка суттєво знижується при застосуванні діуретика. Водночас ІАПФ пригнічує активність системи ренін-ангіотензин-альдостерон, активність якої зростає при тривалому прийомі діуретиків. При такій комплексній терапії ефективність зростає вдвічі і знижується ризик пошкодження органів-мішеней. Скажімо, найбільш вдалою комбінацією для терапії неускладненої ізольованої систолічної АГ для хворих похилого віку є поєднання індопаміду з антагоністом кальцію — амлодипіном.

Ефективні комбінації гіпотензивних засобів:

- 1) ІАПФ+діуретик;
- 2) ІАПФ+антагоністи кальцію;
- 3) ІАПФ+антагоністи рецепторів до А II;
- 4) β-блокатор+антагоніст кальцію групи ніфедипіну.

Особливої уваги заслуговують хворі на АГ у поєднанні з цукровим діабетом і метаболіч-

ним синдромом. Зростає кількість осіб з абдомінальним ожирінням. У них необхідно знижувати АТ до 130/80 мм рт. ст. і нижче. В таких випадках вдалою слід вважати комбінацію ІАПФ (еналаприл, лізиноприл, раміприл) з антагоністами кальцію пролонгованої дії та фізіотензом. Статини (симвастатин, аторвастатин) у них сповільнюють прогресування атеросклерозу й серцево-судинних ускладнень.

Певним досягненням слід вважати впровадження в практику фіксованих форм гіпотензивних засобів (ноліпрел, екватор тощо). Це веде до зниження цін на ліки і простіше проводити титрування.

Із різних комбінацій антигіпертензивних засобів згідно з рандомізованими доказовими дослідженнями кращі віддалені результати мали місце при комбінації одного з ІАПФ з антагоністом кальцію амлодипіном. Впливаючи на різні механізми патогенезу гіпертензії, ці ліки викликають вазодилатацію, регрес гіпертрофованого міокарда лівого шлуночка, сповільнюють прогресування атеросклерозу, мають діуретичний ефект, попереджують набряки, гіпокаліємію. В кінцевому підсумку знижується ризик розвитку хронічної серцевої недостатності у хворих на АГ.

Заслугує уваги комплексний препарат ноліпрел, якого є два варіанти. В першому варіанті периндоприл в дозі 2,5 мг з діуретиком індопамідом 0,625 мг. В другому варіанті ноліпрел форте периндоприл в дозі 5 мг і індопамід 1,25 мг. Згідно з проведеними дослідженнями лікування ноліпрелом знижувало загальну смертність на 14 % і серцево-судинну на 18 %. Перевага його перед монотерапією — в більш суттєвому зниженні мікроальбумінурії, регресі міокарда, попередженні повторних інсультів у хворих на АГ і цукровий діабет II типу. Частота побічних ефектів при застосуванні ноліпрелу близька до плацебо.

Порівняно з такою комбінацією, як бета-блокатор атенолол з діуретиком гіпотазидом ІАПФ, лізиноприл, периндоприл, еналаприл, раміприл в поєднанні з амлодипіном (азомекс, леркамен) більш ефективні в контролі за рівнем АТ, попередженні прогресування нефросклерозу, інсультів, макроваскулярних структурних змін. Фіксовані комбінації антигіпертензивних засобів стають дедалі більше популярними серед лікарів, як терапія першої лінії у хворих на АГ.

**Борис РУДИК,
професор ТДМУ**

ОБ'ЄКТИВ



Андрій ГЛАДІЙ, Олесь СІРАНТ та Роман ХРУЩ, студенти медичного факультету



Ірина ПОНЧКА та Уляна МОЧЕРНЮК, студентки стоматологічного факультету

ІМУНІЗАЦІЯ ПРОТИ КОРУ ТА КРАСНУХИ

Кір — гостре вірусне захворювання, яке характеризується вираженою інтоксикацією, катаральними явищами з боку дихальних шляхів, кон'юнктивітом, появою своєрідних плям на слизовій оболонці щок і папулозно-плямистим висипом на шкірі.

У хворих, як правило, спостерігається частий пульс, низький тиск, ушкоджується шлунково-кишковий тракт, що ускладнює перебіг захворювання дорослої людини. При кору можливе ушкодження нервової системи, що може викликати у хворих розвиток енцефаліту або менингіту і є дуже небезпечним для життя.

Єдиним джерелом інфекції є хвора людина — з останніх двох днів інкубаційного періоду до п'ятого дня після появи висипки. При ускладненні кору пневмонією заразний період продовжується до 10-го дня від початку висипання. Найбільша заразність припадає на період до появи висипки. Інфекція передається повітряно-крапельним шляхом.

При краснусі відсутній катаральний період, а першим симптомом хвороби є нерясна висипка без певної послідовності з'явлення.

Краснуха небезпечна своїми ускладненнями. Вони з'являються при важкому перебігу недуги та проявляються ураженнями нервової системи — енцефаліт, менингіт. У хворого спостерігається підвищення температури тіла до 39-40 градусів Цельсія, з'являється сильний головний біль, блювання, втрата свідомості, судоми. Видужання в такому випадку сповільнюється і триває до 2-3 місяців.

Особливо небезпечна краснуха для вагітних жінок. У випадку інфікування краснухою вагітної дитина народжується з аномаліями розвитку, відомими під назвою «класичний синдром уродженої

краснухи»: катарактою, вадами серця і глухотою. Іноді має місце «розширений синдром краснухи», який, крім названих вад, містить багато інших дефектів розвитку. Можна сказати, що немає жодної системи, яка могла б залишитися неушкодженою при уродженій краснусі. Так, описані ураження серцево-судинної, центральної нервової системи, кровотворення, органів зору і слуху, опорно-рухового апарату, сечовидільної системи, зубів, шкіри. Уроджені вади при краснусі зрідка бувають ізольованими, часто-густо вони представлені поєднанням кількох аномалій.

Останніми роками вірусні захворювання — кір та краснуха — все частіше реєструють у дорослих. Їх перебіг, як правило, важкий. Крім того, у дорослому віці ці захворювання складніше піддаються лікуванню і є небезпечними за своїми ускладненнями. Основним засобом профілактики є вакцинація, що забезпечує захист від захворювань.

Проблема захворювання на кір та краснуху у дорослих є актуальною для усіх європейських країн, у тому числі України. Але, за даними ВООЗ, нині в країнах широкого застосування вакцинації частота цих захворювань суттєво знизилася, порівняно з довакциним періодом.

Останніми роками у нашій державі переважна кількість хворих припадає на вікову групу 15-29 років (здебільшого хворіють учні старших класів шкіл та студенти вищих і середніх навчальних закладів), які не пройшли чи порушили графік вакцинації.

Проведення додаткової імунізації проти кору та краснухи дасть можливість суттєво знизити рівень захворюваності дорослих на ці хвороби, уникнути важких ускладнень се-

ред дорослих і дітей, а також матиме для держави економічний ефект.

В Україні 2006 р. зареєстровано 42724 випадки захворювання населення на кір, з них — 33378 дорослих, 9346 дітей. Найбільше хворих було в АР Крим, Рівненській, Харківській, Херсонській областях та м. Києві.

2007 року зареєстровано 15106 випадків захворювань на краснуху, з яких: 8158 — у дітей, 6954 — у дорослих. Найбільше хворих було у Києві, АР Крим, Рівненській, Харківській областях.

Задля організації та проведення додаткової імунізації країн проти кору та краснухи на Тернопільні провели кілька заходів, затвердили склад обласної координаційної групи, розроблений план підготовки організації проведення днів імунізації проти кору та краснухи.

Робоча нарада з цих питань відбулася на базі обласної комунальної клінічної лікарні. В нараді взяв участь начальник головного управління охорони здоров'я ОДА В.Курило, який розповів про стратегію кампанії додаткової імунізації. Заступник головного державного санітарного лікаря області Б.Марків повідомив про її організацію, моніторинг підготовки, проведення, холододовий ланцюг. Про матеріально-технічне забезпечення доповіли завідувачий епідеміологією обласної СЕС І.Іовко, мікропланування — лікар-епідеміолог обласної СЕС В.Сверстюк, про вакцину проти кору і краснухи, застосування, взаємодію з іншими препаратами, безпечну практику імунізації — лікар-епідеміолог обласної СЕС М.Павельєва. Головні позаштатні спеціалісти — інфекціоніст управління охорони здоров'я ОДА О.Дивоняк, дитячий інфекціоніст УОЗ ОДА О.Куйбіда мовили про поствакцинальні реакції та ускладнення.

**Зоряна ЗАГОРОДНА,
лікар-методист КУТОР
«Центр здоров'я»**

ПІЖАМА ПРОТИ МІКРОБІВ

На полицях британських магазинів мережі M&S з'явилися піжами з вираженими анти-мікробними властивостями, які, за словами творців, здатні захистити від різних інфекцій, повідомляє АР. Таких властивостей піжами набули завдяки тому, що до їх складу входить 2 % срібла. Відомо, що воно має виражені

антимікробні властивості та може використовуватися для боротьби зі стійкими до ліків бактеріями, у тому числі з метицилін-резистентним стафілококом (MRSA). Використання «срібних» піжам може знижувати ризик інфікування ран, вважає мікробіолог з Лондонського коледжу Марк Енрайт. Пробна партія чоловічих і жіночих піжам за ціною 45 фунтів стерлінгів уже надійшла до магазинів мережі M&S.

ДИТИНСТВО БЕЗ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Туберкульоз визнано однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини в цілому світі. За останні 15 років в Україні склалася напружена епідемічна ситуація щодо туберкульозу. Щоб попередити та звернути увагу громадськості на проблеми захворювання на туберкульоз дітей, у рамках програми «Україна без туберкульозу» в нашому краї відбувалися заходи акції «Дитинство без туберкульозу».

Про поширення та профілактику туберкульозу серед дітей, підлітків на Тернопільці розповідає завідувача відділенням «Малі форми туберкульозу» СТМО «Фтизіатрія», обласний дитячий фтизіатр Анастасія ТУРКО.

– Анастасіє Володимирівно, чи залежить зростання захворюваності на туберкульоз у дітей від динаміки цих показників у дорослих?

– Ситуація захворювання дорослих одразу відображається на поширенні туберкульозу серед дітей оскільки стан здоров'я дітей є віддзеркаленням, наслідком глобальних соціально-економічних, екологічних і медичних проблем дорослого населення. Внаслідок біологічних особливостей організму, що росте, у дитячому віці обмежений діапазон адаптаційних реакцій, а чутливість до екзогенних та ендокринних впливів підвищена. Діти першими реагують на соціально-економічні негаразди, а їх здоров'я є своєрідним індикатором епідемічного стану у суспільстві. Так, 2006 року в нас в диспансері обстежувалася 41 дитина і 34 підлітки. У 9-тих дітей було діагностовано локальну форму туберкульозу, у 17-тих підлітків виявлено активний туберкульоз. Якщо порівняти ці цифри з

цифрами 2005 року, то можна спостерігати значне зниження захворюваності серед дітей. На 100 тис. дитячого населення захворюваність в області становила 2005-го – 10,1, а 2006 – 4,9.

2006 року в дітей переважала позалегенева форма туберкульозу – туберкульоз внутрішніх грудних лімфатичних вузлів. Цією формою туберкульозу захворіло троє дітей, що становило 33,4 відсотка від загального захворювання. Первинний туберкульозний комплекс у фазі інфільтрації (легеневий туберкульоз) спостерігався у двох дітей (22,2 відсотка). Така ж кількість дітей хворіли вогнищевим туберкульозом у фазі інфільтрації та туберкульозом шкіри і м'яких тканин.

Порівняно з попереднім роком відбулося зростання захворювання туберкульозом у підлітків. Цією хворобою хворіло 17 підлітків. Захворюваність на 100 тис. підліткового населення становила 34,1 відсотка. Підлітки хворіють ексудативними формами туберкульозу. Найчастіше в них виявляють незапущені форми туберкульозу. Так, у семи підлітків виявлено вогнищевий туберкульоз з виділенням мікробактерій туберкульозу (41,1 %). Троє підлітків захворіло на інфільтративний туберкульоз з розпадом і виділенням мікробактерій туберкульозу (17,6 %), туберкульозом шкіри, туберкульозним плевритом. Туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів виявлений в одного підлітка (5,8 %).

– Які причини захворюваності серед дітей та підлітків?

– На перебіг туберкульозної інфекції у дітей впливає багато факторів, серед них – епідеміологічний,

який значною мірою зумовлений сімейним оточенням. Як правило, діти заражаються мікробактерією туберкульозу від батьків або найближчих родичів. Встановлено, що чим нижча інформованість педіатрів про дітей, які контактують з хворими, або дані їх туберкульозної чутливості, тим частіше туберкульоз виявляється після захворювання. Тому особливу тривогу викликає рівень захворюваності серед контактних осіб в осередках туберкульозної інфекції. Так, з обстежених нами дітей одна дитина захворіла внаслідок туберкульозного контакту, її батько хворіє деструктивною формою туберкульозу і на час виявлення дитини лікувався в обласному протитуберкульозному диспансері. При проведенні туберкульозної проби, туберкульоз виявлений у чотирьох дітей. При профілактичних оглядах туберкульозний процес виявлений в семи підлітків. У п'ятих дітей та десяти підлітків туберкульоз виявлений за скаргами.

– Статистика стверджує, що торік туберкульозу серед дітей не виявлено. Чи можна мовити про перемогу медицини над цим захворюванням у дітей?

– Цьогорічні цифри повинні нас втішити, адже цього року ми взяли на облік лише одну дитину. Але це не так тому, що ми провели в області майже сто п'ятдесят чотири тисячі туберкульозних проб, виявили понад сорок сім тисяч дітей інфікованих туберкульозом. Ці діти складають групу ризику щодо захворювання на туберкульоз. В їх організмі, у крові циркулює туберкульозна паличка. В такому випадку, якщо рентгенологічне обстеження дитини не виявило хвороби, вона

не є хвора на туберкульоз, але вона потрапляє до групи ризику. Тобто, вона за певних обставин може захворіти туберкульозом. Вищеназвані цифри твердять нам, медикам, про те, що хворі діти не виявляються. Причини можуть бути різні: віддалені села, відмова батьків від рентгенологічного обстеження тощо. Якщо б ті дітки були обстежені, ми знайшли б більше хворих і допомогли їм. Враховуючи прогресування туберкульозу по всій Україні, епідемію туберкульозу, особливо серед дорослих, хотіла б застерегти батьків, щоб вони не відмовлялися від туберкульозних проб. Туберкульоздіагностика – це метод визначення зміненої реактивності організму людини до туберкуліну, що настала внаслідок інфікування мікробактеріями туберкульозу. Батьки повинні знати, що це не є щеплення, а проба – визначення, чи дитина є чутлива до цього збудника, чи ні. Якщо проба є позитивною, а такою вона вважається від 5 мм і більше, то ця дитина потребує обов'язкового рентгенологічного обстеження. Воно не дає багато шкоди організму дитини, дитина отримує опромінення таке, як перебуваючи один день на сонці. А своєчасне провітрювання квартири, вологе прибирання, регулювання фізичної та розумової праці, прогулянки на свіжому повітрі, якісне білкове харчування та проведення хіміопротипрофілактики дасть можливість дитині бути здоровою.

– Чи створені умови у протитуберкульозному диспансері для лікування хворих дітей?

– У стаціонарі створені усі умови для лікування дітей: дотримання режиму дня, проведення необхід-

них лікувальних процедур, зокрема фізіотерапевтичних, забезпечення контролю за прийомом препаратів, застосування патогенетичних засобів та ін. Дітей забезпечують повноцінним харчуванням, вони отримують безкоштовне лікування туберкульозу та його ускладнень, а також супітні захворювань.

– Чи можна стверджувати, що своєчасність виявлення та якість лікування дітей з туберкульозом буде визначати кількість туберкульозної інфекції в майбутньому?

– Своєчасна діагностика туберкульозу органів дихання у дітей та підлітків є важливим спільним завданням фтизіопедіатрів і лікарів багатьох інших спеціальностей, від успішного виконання якого залежить здоров'я наших дітей. Грамотне використання сучасних діагностичних можливостей в умовах загальної цілком виправдані фтизіатричної настороженості буде сприяти скороченню діагностики туберкульозу в дітей.

Втрата настороженості щодо туберкульозу, чітких методичних основ виявлення й діагностики туберкульозу, розроблених фтизіатричною школою може призвести тільки до бурхливого росту захворюваності туберкульозом серед дітей.

Сучасну ситуацію щодо туберкульозу в дітей слід оцінити як триповну. Поліпшення ситуації можливе при активній спільній роботі всієї мережі педіатричних загальнолікувальних і протитуберкульозних закладів, високому лікарському професіоналізму та орієнтуванню суспільної й адміністративної свідомості на інтереси дітей і захист їхнього здоров'я.

**Розмову вела
Наталія БЕСЯДА,
журналіст «Центру здоров'я»**

ВПЛИВАЮТЬ СОЦІАЛЬНІ ЯВИЩА

Захворювання на туберкульоз відоме давно. Учені встановили наявність спондилізу в людини ще до часів палеоліту. Також під час розкопок поблизу Гейдельберга були виявлені ознаки спондилізу в скелеті людини кам'яного віку.

У подальшому відомості про туберкульоз зустрічаються в давніх джерелах таких, як «Веди», у Вавилонських законах «Хамурапі», в законах ману, що були написані в Стародавній Індії. Відомості про туберкульоз є також у старокитайських рукописах. У пізніші часи ознаки туберкульозу описував Гіппократ, Гален, Авіценна.

Усі ці дані дозволяють стверджувати, що туберкульоз супроводжує людство з початку його існування. Війни, стихійні лиха, масові міграції населення сприяли зростанню захворюваності на туберкульоз. Мільйони людей за ці часи померли від туберкульозу.

Здавалося, що з розвитком науки і техніки, коли вже був відкритий збудник туберкульозу, впроваджені сучасні методи діагностики, створені ефективні протитуберкульозні препарати, людство могло б не сприймати серйозно цю проблему.

Проте сподівання на те, що вдасться ліквідувати сухоти або ж зробити це захворювання рідкісним не виправдалися. Кожен рік на планеті сотні тисяч людей помирають від туберкульозу. В розвинутих країнах таких, як США, Канада, Японія, країнах Євросоюзу, захворювання на туберкульоз реєструють зрідка і

то здебільшого серед мігрантів і в соціально-несприятливих верствах. В Південно-Східній Азії, країнах екваторіальної Африки епідемія туберкульозу вийшла з-під контролю. Не краща ситуація спостерігається і в Україні. В одних регіонах нашої держави рівень захворюваності вищий, в інших дещо нижчий. Загалом же в Україні туберкульоз є серйозною проблемою.

У Тернопільському районі торік було вперше діагностовано туберкульоз у 46 осіб. Ще один випадок туберкульозу було діагностовано на секції (розтині).

Захворюваність на цю недугу в районі склала 73,7 на 100 тис. населення, але її рівень знизився. До прикладу, 2006 року захворюваність становила 77,8 на 100 тис. населення.

Важливе значення має кількість деструктивних форм туберкульозу серед вперше виявлених хворих. Деструктивні форми туберкульозу легень – це несвоєчасно діагностована недуга, коли вже відбувається розпад легеневої тканини та формується каверна. Такі форми туберкульозу важче піддаються лікуванню та й саме лікування потребує більше часу і коштів. Деструктивні форми туберкульозу ле-

гень 2006 року становили 50 відсотків. Торік рівень деструктивних форм туберкульозу зменшився до 31,7 %. Суттєве зниження цього показника вказує на поліпшення роботи загальнолікарняної мережі в процесі раннього виявлення туберкульозу.

Кількість баціальних хворих в 2007 році становила 53,7 %.



Тернопільський район приміський. Багато людей з інших районів приїжджають до міста на роботу. Часто винаймають житло в приміських селах, або ж мешкають у знайомих, працюють не офіційно, а тому ухилиються від медоглядів. Досить часто серед цієї

верстви населення реєструється туберкульоз.

Ще однією болючою проблемою є випадки, коли в район повертаються хворі з місць позбавлення волі. Як правило, більшість з них мають занедбані форми туберкульозу. Окрім того, вони є бактеріовиділювачами, а збудники туберкульозу стійкі до більшості протитуберкульозних препаратів.

Так хворий Т. 1983 р.н. був звільнений з місць позбавлення волі з запущеним поширеним туберкульозом з бактеріовиділенням.

За місяць до звільнення в нього тричі була легенева кровотеча.

Хворий з занедбаною формою туберкульозу, з виснаженням був нарешті звільнений з місць позбавлення волі. Ось ще один прикрий випадок: ув'язнений 1979 р. н. захворів на туберкульоз легень в місцях позбавлення волі. Був переведений для лікування в спеціальну виправну колонію для хворих на туберкульоз. Але за час лікування в нього скорегувався фіброзно-каверзна форма недуги, в тяжкому стані, з інтоксикацією він, нарешті, був звільнений за станом здоров'я. Після того як прибув додому, в Тернопільський район, одразу ж був шпиталізований в протитуберкульозний диспансер. Призначили інтенсивне

лікування і його стан дещо покращився, вже майже впродовж двох років він регулярно проходить курс лікування в протитуберкульозному стаціонарі.

Я розповів лише про два випадки, але їх є значно більше. Окрім того, в районі погіршується епідеміологічна ситуація, позаяк ці хворі постійно виділяють збудники туберкульозу, які є стійкими до більшості протитуберкульозних препаратів. Звісно, ці люди є мешканцями району і тут їхній дім. Але ж чому їх не звільнили на ранніх стадіях хвороби. Вони б успішно пролікувалися в умовах протитуберкульозного диспансеру і не були б доведені до хронічних форм, до того ж могли бути корисними для суспільства. Як бачимо, туберкульоз є соціальною проблемою. Чим кращий рівень життя в країні, тим менша захворюваність на туберкульоз. На рівень захворюваності впливають й інші негативні явища – алкоголізм, наркоманія, безпритульність. Все це соціальні явища. І поки влада серйозно не візьметься за їх подолання, доти туберкульоз буде вільно поширюватися в Україні. Покращення життя всіх, а не окремих громадян, поліпшення матеріально-побутових умов, пропаганда здорового способу життя, не вживання алкоголю сприяють поступовому зниженню захворюваності на туберкульоз в Україні.

**Василь КІНАХ,
лікар-фтизіатр
Тернопільського району**

НАНОМЕДИЦИНА – СЬОГОДНІ І ЗАВТРА

Катерина ПОСОХОВА,
завідуюча кафедрою
фармакології з клінічною
фармакологією
Михайло КОРДА,
завідувач кафедри
медичної біохімії
та клініко-лабораторної
діагностики ТДМУ

Якщо нанотехнології є доволі визначеною сферою, то наномедицина з її широким колом ідей, гіпотез та концепцій знаходиться на початку шляху. Наномедицина нині визначається її основоположником – ученим Робертом Фрайтасом як «моніторингування, відтворення, конструювання і контроль людських біологічних систем на молекулярному рівні з використанням інженерних наноприладів та наноструктур». Основне завдання наномедицини – це пристосування принципів наноманіпуляцій до клінічного застосування і медичних наук з метою отримання інноваційних медичних досягнень.

До основних напрямків наномедицини на сучасному етапі належать:



Механічні перукарі (косметичні нанороботи) зможуть створювати динамічну зачіску

- дослідження клітинних та молекулярних механізмів у живих клітинах за допомогою нанопристроїв (квантового аналізатора, імунофлуоресцентного аналізатора, емісійного мікроскопа, атомно-адсорбційного мікроскопа тощо);

- експериментальна наномедицина для *in vitro* та *in vivo* досліджень (ефективної та селективної доставки генів чи ліків до судин, наприклад генна терапія пухлин шляхом цілеспрямованого транспорту, за допомогою наночасточок, генного матеріалу до ядра клітини);

- інженерна наномедицина – створення нанопристроїв, нанобіосенсорів, нано-електричних механічних систем, нанозондів тощо для біологічного застосування, зокрема для молекулярної діагностики; вони можуть ввійти до складу інших технологій під назвою «лабораторія на чіпі» (*lab-on-a-chip*); їх використання передбачає визначення мікроорганізмів у біологічних зразках, концентрації метаболітів у біологічних рідинах, діагности-

Термін «нанотехнології» стосується широкого спектра наукових проєктів, у тому числі вивчення феноменів та певних властивостей на нанометричному рівні – у діапазоні приблизно від 0,1 до 100 нм (варто нагадати, що 1 нанометр дорівнює 10^{-9} метра). Зважаючи на те, що маніпуляції на нанорівні є головним компонентом цього твердження, можна визначити нанотехнології як конструювання та практичне використання наноструктур для наукових, комерційних та інженерних цілей.

ку патологічних процесів, у тому числі раку;

- наномолекулярна діагностика – застосування нанобіотехнологій для молекулярної діагностики, у протеоміці/геноміці; можливе використання нанопристроїв для виділення однієї молекули ДНК, дослідження рецепторів, пор, іонних каналів та інших функціональних компонентів живих клітин, дослідження у краплі рідини розміром не більше 300 нм слідових кількостей хімічних сполук та вірусів;

- генетична наномедицина – виявлення та доставка генетичного матеріалу (ДНК, РНК, олигонуклеотидів) до різних типів клітин для пригнічення небажаної експресії одних генів або для

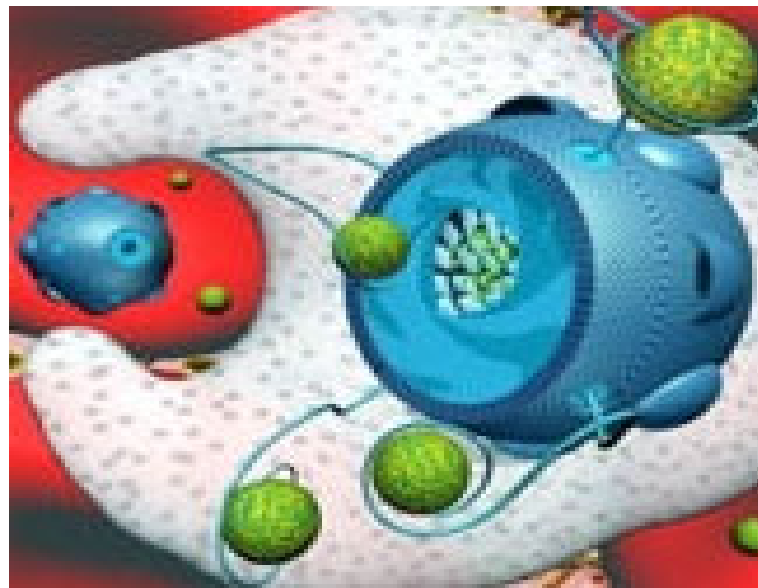
часточок при тривалих термінах їх застосування;

- клінічна наномедицина – майбутні терапевтичні аспекти – вплив на тканину, клітину та субклітинні структури за трьома напрямками: медикаментозна терапія (суттєве покращання властивостей водонерозчинних та нестабільних ліків шляхом зменшення розмірів часточок чи використання їх інкапсульованих форм), генна терапія (зокрема, використання ДНК-вмісних наночасточок для лікування гемофілії, м'язової дистрофії та ін.) та імунотерапія (лікування хвороб накопичення, стимуляція імунної відповіді на дію антигенів тощо);

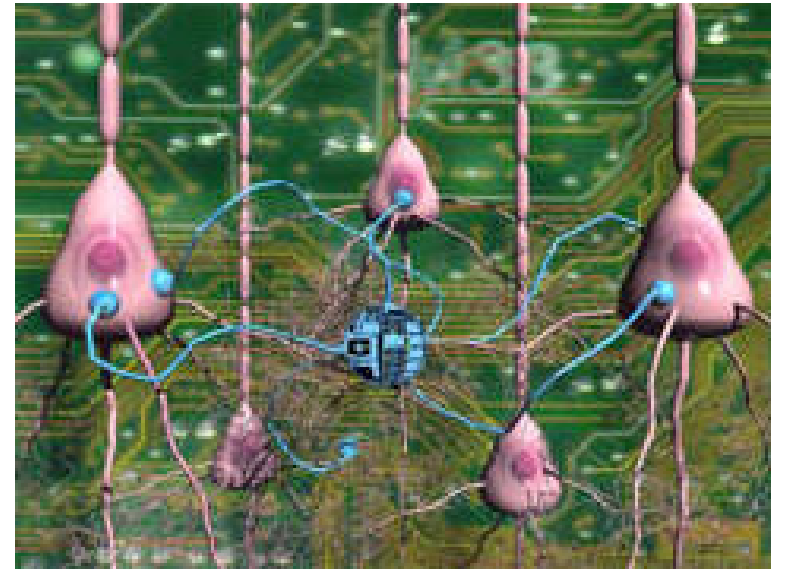
- онкологічна наномедицина у ранній діагностиці та лікуванні раку – ранній лазерний скринінг трансформованих ракових клітин за допомогою нанолазерної спектроскопії, краще розуміння розвитку хвороби на молекулярному рівні, згубний вплив на ракові клітини без ушкодження нормальних тканин;
- фармакологічна наномедицина – для вивільнення і дизайну ліків, використання нанобіосенсорів та нанобіочипів для оптимізації відкриття та створення лікарських засобів;

- кардіоваскулярна наномедицина – використання нових технологій для ідентифікації на молекулярному рівні ранніх атеросклеротичних змін та активного чи нестабільного атеросклеротичного процесу та індивідуалізоване лікування його за допомогою спрямованого вивільнення активних речовин;

- неврологічна наномедицина – стимулювання росту нейронів, покращення лікування ішемічних, травматичних та дегенеративних ушкоджень ЦНС, перенесення активних наночасточок



Механічний фагоцит – компонент штучної імунної системи людини



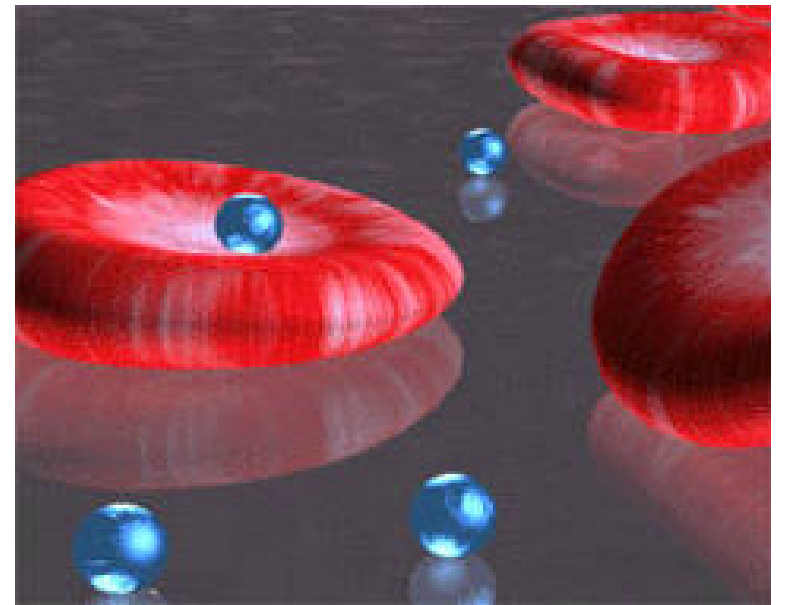
Механічні нанокомп'ютери, які планується вживляти у мозок людини, зможуть набагато збільшити швидкість розумових процесів

ліків через гематоенцефалічний бар'єр;

- нанотоксикологія у дослідженнях здоров'я та довкілля, доведення безпечності наноматеріалів.

Для прискорення впровадження та просування нанотехнологій у медичній сфері необхідно не лише об'єднати зусилля всіх зацікавлених сторін, а й адекватно фінансувати та за-

У світі спостерігається бум інвестицій у наногалузі, рівень яких до 2015 року має зрости до 1 трлн. доларів з відповідним збільшенням кількості робочих місць до 2 млн. Більша частина таких капіталовкладень припадає на США, ЄС, Японію та Китай. Кількість наукових публікацій, патентів та журналів, присвячених нанотехнологіям, стрімко зростає.



Штучні клітини крові нанометричних розмірів («респіроцити») у порівнянні з еритроцитами

хочувати дослідників подібних розробок.

Новий напрямок медичної науки на сьогодні знаходиться у стадії становлення. Методи наномедицини тільки виходять з лабораторій, а більша їх частина існує у вигляді проєктів. Проте експерти у цій сфері вважають, що саме ці методи будуть бурхливо розвиватись у наступні 20-40 років і стануть головними у 21 столітті. Зокрема, Американський Національний інститут здоров'я включив наномедицину у групу найпріоритетніших галузей розвитку медицини у 21 столітті, а Національний інститут раку США збирається застосовувати досягнення наномедицини при лікуванні раку. Деякі закордонні наукові центри вже продемонстрували дослідні зразки нанопристроїв для діагностики, лікування, протезування та імплантування.

Збільшення впливу наномедицини на суспільство у зв'язку з бурхливим розвитком всіх її напрямків, у тому числі розширенням ринку нанофармакологічних препаратів, не лише збільшує можливості лікування, але й підвищує ризик нанесення шкоди пацієнтам. У цих умовах зростає потреба у розв'язанні глибоких та комплексних етичних та соціальних питань.

Кому віддати перевагу, використовуючи нові біотехнологічні методи діагностики та терапії, які, найімовірніше, будуть висококартисними і, на певному етапі, малодоступними широким верствам населення? Чи може бути критерієм відбору пацієнтів для використання сучасних методів лікування соціальний статус людини (рівень його суспільної користності, заслуг перед людством тощо) чи вирішальне значення повинні мати інші міркування? **(Закінчення на стор. 9)**

**НАНОМЕДИЦИНА –
СЬОГОДНІ І ЗАВТРА**

(Закінчення. Поч. на стор. 8)
вання: традиційні цінності милосердя, добротності. На подібні питання універсальної відповіді бути не може. Кожен випадок є унікальним. Для того, щоб розібратись у ньому, необхідно врахувати різні аспекти – медичні, етичні, психологічні, правові, фінансові і багато інших. Цю функцію повинен взяти на себе дорадчий орган при медичних центрах – етичний комітет, членами якого є медики, богослови, юристи, психологи, представники громадськості. Тільки широка дискусія з приводу вирішення найскладніших питань, які породжуватиме наномедицина, дозволить забезпечити моральність лікарського вибору.

Наномедицина обіцяє реалізувати найфантастичніші мрії людства – повернення молодості навіть дуже старим людям, відновлення структури і функції заморожених органів і необмежене продовження життя.

Планується створення наномеханізмів, які будуть рухатись по всьому організмові, діагностуючи та викикуюючи найдрібніші мозкові та кардіоваскулярні ушкодження, проводячи очищення організму від вірусної чи бактеріальної інфекції, здійснюючи репарацію клітин та молекул. При цьому передбачається ін'єкція в судинне русло хворої людини від 1 до 10 триліонів (1 триліон = 10^{12}) нанороботів мікронного розміру – від 0,5 до 3 мкм в діаметрі (1 мкм = 10^{-6} м). Подібні механізми будуть мати сенсори та бортові комп'ютери, щоб приймати сигнали від лікаря, який зможе змінювати поведінку роботів, доки вони знаходяться в організмі пацієнта.

У контексті з цими ідеями виникає чимало суто технічних запитань, зокрема: як будуть нанороботи після закінчення терміну своєї діяльності виводитись з організму, чи не будуть вони атаковані клітинами імунної системи пацієнта, від яких джерел енергії вони будуть працювати та багато інших. Хоча апологети наномедицини намагаються знайти задовільні відповіді на всі ці запитання, але вони не звучать достатньо переконливо.

Передбачається, що серйозною загрозою при лікуванні наномеханізмами може бути некомпетентність або халатність медичного персоналу, який за рівнем спеціальної підготовки для використання таких пристроїв повинен відповідати жорстким інтелектуальним та професійним критеріям. Тобто людський фактор, як і сьогодні, в окремих випадках може звести нанівещь фантастичні технічні досягнення.

І на закінчення. Мабуть, найсерйознішою проблемою, з якою стикнеться людина в умовах прогресу наномедицини, є негативне ставлення церкви до цього питання. І тому кожен для себе вирішуватиме, який вид безсмертя він обирає...

ТРАДИЦІЇ

ЗАВІТАЛИ СТУДЕНТИ ДО ДІТЕЙ ІЗ ГОСТИНЦЯМИ, ПІСНЯМИ

*«...Дивлюсь у вікно –
сніг лапатий,
хтось там йде до нашої хати,
то не якийсь дід Мороз,
а Миколай бородатий!..»*

...Нарешті почалося!

Другий рік поспіль у пацієнтів 8 дитячого відділення Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні справжнє свято Миколая! Василь Липовий із друзями (студенти 14 групи 3 курсу медичного факультету ТДМУ) знову завітали до дітей із гостинцями, гарними піснями, а також побажаннями здоров'я, добра і щастя. І хоча «святий Миколай» був без бороди, радості діткам не поменшало.

...Отже, почалося! А що було до того?

Підготовка до вечора тривала не один тиждень.

були чемними. Кожна дитина (вік – від 5 до 16 років) отримала пакет із солодощами, альбом із олівцями, м'яку іграшку та ляльку або машинку. Працівники кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології також внесли свою лепту, щоб забезпечити до малюків «індивідуальний підхід». Скажімо, чи не найбільше часу забрали пошуки футболки з улюбленим Рональдінью для хлопчика, який написав найгарнішого листа до Миколая.

...Таки почалося!

Замість лікарських халатів студенти в незвичайному вбранні були цього вечора лицарями, ангелами, чортиком із різками (дуже симпатичним!). Аліна Овчинникова (2 курс, лауреат Всеукраїнського конкурсу «Пісенний вернісаж») водила з дітьми



рунків дітлахи оточили, наче галасливі горобці, наввипередки показуючи свій хист та вміння: сідали йому на коліно і співали пісеньок, читали вірші, а дехто й молитву. Байдужих чи обділених не було!

Потім діти показували Миколаю свої малюнки, а найкращому художнику Віктору Львівському було подаровано CD-плеєр, спеціально привезений для цієї мети з Києва від Левковича Володимира.

Та найцікавіше, що свято не закінчилося навіть після вручення всіх призів, тому що на дітей чекала казка, точніше, «Балада про принцесу», яку розповіли, заспівали та заграли на гітарі першокурсниці Наталя, Юля, Оксана та друзі з «Пласту», які також долучилися до дійства. До самісінької вечері діти менші та діти більші розповідали одні одним про себе, спільно малювали, гралися ляльками та машинками. Пригадалася пісня «Мертвого півня»: «Корабель дітей вирушає річкою, у сорочках найбільших, всі, ніби херувими, ця земля збагатована уміє бути іншою, навіть палі проростають саджанцями живими...» Це був прекрасний вечір!

Залишилося додати ще кілька слів вдячності всім, хто допомагав. Бере гордість за наших спудеїв, коли чуєш від персоналу відділення, що такого свята діти тут ще не бачили! Радий, що майбутні медики настільки ж талановиті та добрі, наскільки й скромні та відповідальні. Скажімо, ще зранку Аліна Лазарович та 5 група 2 курсу передали для дітей альбоми, олівці, пластилін, ігрові кубики. А вже достатньо хоча б раз здригнувшись від жалю, але стримати сльози, щоб хотіти і надалі бачити лише сяючі очі дітей, для яких твориться казка. І коли дорослі теж вірять у неї, тоді ця спільна мрія може стати дійсністю, Свічка не гасне, коли від неї запалюють іншу! Любові всім, добра та міцного здоров'я! Хай буде!

Олег ГУКОВСЬКИЙ,
клінічний інженер кафедри
неврології, психіатрії,
наркології та медичної
психології



Аліна ОВЧІННИКОВА з Ігорем КАЛЕНИЧЕМ, автором найгарнішого листа до Миколая

Діти разом з вихователями вчили пісні, малювали, ліпили з пластиліну, робили аплікації, якими потім прикрасили стіни відділення, а також писали зворушливі листи святому Миколаю, де розповідали про себе та просили подарунок за те, що

хороводи та всі дружно співали «Ой, хто, хто Миколая любить», а Олена Цибік (екс-міс університету) виконала запальний східний танець, від якого швидко забувся пульс і в дорослих. Василя Липового, тобто «святого Миколая» із мішком пода-

ОБ'ЄКТИВ



Віра ЩУР, студентка медичного факультету



Ігор БУГАЙ, студент стоматологічного факультету

Еґео і дедіаа

КАЛИНА-ЦІЛИТЕЛЬКА

Чудовий кущ калини звичайної милує око людини не лише навесні, коли вкрите розсипом білих пахучих парасольок. Ще більше радіють люди красі куща, вкритого кетягами барвистих ягід. Та як часто ми послуговуємося ними? Мабуть, тоді, як «припече»: нездужаємо, доймає кашель, болить горло. Справді, вони тоді джево допомагають. Але здебільшого обминаємо свіжі, ваговиті пучечки блискучих ягідок і прямуємо в пошуках здоров'я до цитрусових (хтозна, де, як і коли вони вирощені, яким чином зберігалися під час транспортування до нас?).

А не завадило б пригадати, що калина не менш цінна, як визнані вітамінні рослини: шипшина, чорна смородина, малина, обліпиха. І не дивно – вона багата вітамінами, дубильними, мінеральними речовинами, органічними кисло-

тами. Якщо ж порівняти із заморськими плодами (цитрусовими), та вітаміну С у ній більше в 1,5 рази, каротину – у кілька разів, заліза – у 5-10, фосфору – в 4-5 разів. Ще слід додати, що містять ягоди багато цинку, калію, магнію, йоду, міді та марганцю. Тому її вважають одним з найкращих кровотворних засобів. Щедро віддає калина свій сік людині для кровотворення і кровоочищення. З урахуванням того, що сік калини глибоко діє на мікроби, можна зробити висновок: вживання ягід калини вкрай потрібне, щоб не захворіти на грип чи гострі респіраторні інфекції. Людям із хворим серцем рекомендують їсти ягоди калини з кісточками, адже вони позитивно впливають на серцеву діяльність і збільшують сечовиділення, зменшують набряки. Калина допомагає впо- ратися зі стресом.

ВОДА: ЗНАЙОМА ТА ЗАГАДКОВА

(Продовження. Поч. у №23 та 24 2007 р.)

Використання срібла для обеззаражування води є найефективнішим методом дезінфекції та консервування питної води. Його використовують, коли застосування хлору протипоказане: на суднах, у плавальних басейнах, у польових умовах.

Срібло є прекрасним консервантом мінеральної води. Багато років на Харківському, Тальнівському, Київському, Дніпропетровському заводах безалкогольних напоїв мінеральну воду обеззаражують сріблом дозою 0,2 мг/м³. Це забезпечує значну економію для заводів.

Дослідження показали, що при зануренні курячих яєць у срібну воду досягається ефективна дезінфекція шкаралупи.

Найширше срібна вода використовується в медицині.

У роки Другої світової війни срібну воду використовували для лікування свещів, виразок, гнійних запалень, опіків. У 60-ті роки ХХ ст. срібна вода успішно застосовувалася в санаторії «Гарячий ключ» Краснодарського краю для лікування ангіни, виразок шлунка, в гінекологічній та стоматологічній практиці.

Досліджували властивості срібної води в Київському науково-дослідному інституті педіатрії, акушерства і гінекології під час лікування бактеріальних вульвовагінітів у дітей. Результати були високоєфективними.

У лікувальній практиці використання срібної води як антимікробного препарату було виявлено також її вплив на підвищення імунітету людини, зміцнення нервової системи.

Срібною водою забезпечували космонавтів під час польотів.

Нині розроблена технологія консервування води йонами срібла на морських кораблях та аварійних запасів води для рятувальних суден.

Срібна вода зберігається в поліетиленових мішечках, поміщених у герметично закриті банки. Така вода не втрачає своїх смакових і біохімічних властивостей упродовж двох років.

Справді, жива вода!

ТАЛА ВОДА

Останнім часом установлено, що свіжа тала вода позитивно впливає на живі організми. Секрет «бурульки» вперше виявлено в Антарктиді, коли під час танення льоду був виявлений інтенсивний розвиток планктону — різновид мілководних організмів.

Свіжа тала вода наділена «пам'яттю». Встановлено, що вона має характерну підвищену біологічну активність, яка зберігається деякий час після танення. Вчені помітили, що свіжота-

ла вода, яка вільно проходить крізь стінки стравоходу, здійснює оздоровчу та омолоджуючу дію на весь організм. Проте, якщо лід розплавити і талу воду закип'ятити, то вона втрачає стимулюючі властивості.

Тала вода підвищує урожайність сільськогосподарських культур, приріст молодняку птиці і тварин, яйценосність курей, молочність корів. Снігове покриття — це природне багатство полів. Незначна теплопровідність снігу захищає поверхню землі і рослинність від негативного впливу сильних морозів та служить джерелом вологи, поповнюючи її запаси за рахунок талих вод.

АКТИВОВАНА ВОДА

Активована вода отримується в процесі температурної активації. Суть методу полягає в тому, що обезсолена вода чи водний розчин унаслідок нагрівання їх до високих температур під високим тиском змінюють свої властивості. Після повернення до звичайних умов така вода перебуває в особливому (метастабільному) стані, що проявляється в підвищеній розчинній здатності сульфідів, силікатів, карбонатів та інших

речовин з накипом. Прискорення процесу кристалізації мінеральних домішок у воді забезпечує зменшення розмірів частинок накипоутворюючих солей.

Магнітна вода значно зменшує відкладення органічних речовин, наприклад, парафінів. Така обробка корисна під час добування та перекачування високопарафінової нафти.

Омагнічення води успішно застосовують на водопровідних станціях у разі значного помутніння природних вод; аналогічна обробка промислових стоків забезпечує швидке з'ясування дрібнодисперсних забруднень.

Здатність магнітної води покращувати змочування твердих поверхонь використовується для вилучення цінних металів із руди під час її збагачення.

Магнітна вода використовується в сільському господарстві. Наприклад, п'ятигодинне замочування зерен буряків у магнітній воді значно підвищує врожайність, полив магнітною водою стимулює ріст і врожайність соняшнику, кукурудзи, помідорів.

Зараз широко вивчається використання магнітної води в медицині: вона допомагає виводити ниркові камені, має бактерицидну дію.

В одній із клінік Санкт-Петербурга хворі з нирковою та жовчокам'яною хворобами пили таку воду і вона сприяла вимиванню солей та невеликих камінців. У клініці медичного інституту м. Пермі успішно використовують магнітне поле як знеболюючий фактор та як засіб, що прискорює рубцювання виразок і ран.

МЕРТВА ВОДА

Нею заповнені моря, річки, озера, що отруєні відходами промисловості та іншої діяльності людини.

Відомий французький океанограф Жак-Ів-Кусто писав: «Наш батько — океан гине. Море стало стічною ямою, куди стікають усі забруднюючі речовини, що виносяться отруєними річками, і всі забруднюючі речовини, які вітер і дощ збирають у нашій отруєній атмосфері. Скидають такий бруд також танкери. Тому не слід дивуватися тому, що потроху з цієї стічної ями зникає життя.

Мені важко сказати, який з океанів найбільше забруднений. Середземне море найбільш забруднене на Землі. Під загрозою життя не лише мешканців моря, а й людей, що мешкають на побережжі».

За підрахунками Морського агентства в моря і океани щорічно скидають понад 6 млн тонн нафти. Ця нафта — не дар природи. Вона з'являється тут з вини людей. Важко уявити, але 1 г нафти може вкрити 12 км² поверхні води. А в океан щорічно потрапляє близько 1 % нафти, що транспортується. Вчені підрахували, що якщо в 1 л води міститься 0,1 млрд. нафтопродуктів, то рибу споживати не можна.

ХХ ст. назване атомним віком. Ми живемо в ХХІ ст. Радіоактивні відходи продовжують забруднювати водойми. Майже півстоліття тому в мілке Балтійське море були викинуті цементні

на землю кислотними дощами. Ці дощі вкрай шкідливо діють на навколишнє середовище, зокрема: знижується врожайність більшості сільськогосподарських культур унаслідок ураження ли-



стя кислотами; вимиваються з ґрунту кальцій, калій і магній, що викликає деградацію фауни та флори; гинуть ліси (особливо чутливі до кислотних дощів кедр, бук і тис); отруєється вода озер і ставків, де гине риба, зникають комахи; зникають водоплавні птахи й тварини, що харчуються комахами; гинуть ліси у гірських районах (таких, як Карпати), що викликає гірські

контейнери, що містили 7 тис. тонн арсену. Нині вони продірявилися. Отрути в них утримують більше, ніж необхідно для того, щоб отруїти все населення Землі. Чим не мертва вода?

Важким уроком для України стала аварія на Чорнобильській АЕС. Адже радіоактивні ізотопи, що потрапляють у воду, практично неможливо знешкодити. Слід знати, що найнебезпечнішими є стронцій-90 і цезій-137, оскільки ці елементи беруть участь у біологічному циклі. Період їх напіврозпаду майже 30 років. Діючи на організм людини і тварин, вони порушують перебіг важливих життєвих процесів.

Радіоактивні забруднення, викликані випробуванням атомної зброї, швидко поширюються в атмосфері. Постійно випадаючи на поверхню Землі, радіоактивні аерозолі забруднюють і Світовий океан.

Суттєвим фактором забруднення природного середовища є рідкі відходи тваринництва. Кожна тонна цих відходів у середньому містить 9 кг азоту, 2,5 кг калію, 1 кг фосфору.

А чи відомо вам, що й людина — джерело забруднення? У перші 10 хв купання з тіла людини змиваються мільйони бактерій, різних шкірних виділень. Біологи підрахували, що на одного купальника необхідно 9-10 м² пляжу. Якщо ж менше — морська вода помітно змінюється; прісна — ще більш вразлива.

Зростає солоність морів. Вода Азова замість звичайних 10 г/л містить понад 13 г/л солей, а це призводить до зниження продуктивності моря. Хто в останні роки відпочивав на Азовському та Чорному морях, помітив збільшення кількості медуз, що є показником деградації водойми.

А хто не чув про кислотні дощі? Оксиди сірки й азоту, що викидаються в атмосферу внаслідок роботи теплових електростанцій та автомобільних двигунів, сполучаються з атмосферною вологою й утворюють дрібні крапельки сірчаної та азотної кислот, які переносяться вітрами у вигляді кислотного туману й випадають

зсуви й селеві потоки; прискорюється руйнування пам'яток архітектури й житлових будинків, особливо тих, що оздоблені мармуром і вапняком; збільшується кількість захворювань людей (подразнення очей, хвороби дихальних шляхів тощо).

Узимку поблизу ГЕС та металургійних заводів інколи випадає також кислотний сніг, який ще шкідливіший, ніж кислотний дощ, що пояснюється більшим вмістом кислот. Райони, де випадає такий сніг, мають відразу 4-5-місячну дозу забруднення, а під час його танення відбувається процес концентрації шкідливих речовин, тому тала вода інколи містить удесятеро більше кислот, ніж цей сніг.

З таким станом речей миритися не можна. А тому сьогодні, як ніколи, є актуальним питання охорони водних ресурсів.

Основні заходи з охорони водних ресурсів від забруднення такі:

1. Регулювання поверхневого стоку річок.
2. Затримання поверхневого стоку на водозборах.
3. Накопичення талих і дощових вод у водосховищах.
4. Розробка науково обґрунтованих норм водокористування.
5. Будівництво водоочисних споруд або систем зворотного водопостачання.
6. Упровадження безвідходних технологій.
7. Протирозійні роботи на водозбірних площах.
8. Забезпечення водозахисних насаджень, що регулюють стік, послаблюють процеси водної ерозії ґрунту.

Охорона Світового океану від забруднень — це актуальна проблема для всіх країн. ООН прийняла «Хартію морів», якою передбачено запобігання забрудненню морів стічними водами, нафтою, різним брудом, радіонуклідами тощо.

Правову охорону водойм нашої країни регулює закон України «Про охорону навколишнього середовища» (1991 р.).

**Володимир КОНДРАТЮК,
професор ТДМУ**



СОФІЯ ОКУНЕВСЬКА – ПЕРША ЖІНКА-ЛІКАР У ГАЛИЧИНІ

Історія знає багатьох жінок – видатних полководців, художників, поетів і творців науки. Клеопатра, щоб не бачити трагедії своєї країни, свідомо загнула від зміної отрути. Жанна Д'Арк у важкий для французького народу час очолила визвольну боротьбу проти англійських загарбників. Поетеса Леся Українка на «сумній перелозі» сяла «барвисті квіти» і серед лиха «співала пісні», ставши, за словами І.Франка, чи не одним чоловіком на всю тогочасну Україну. Марія Складовська-Кюрі – двічі лауреат Нобелівської премії, як учений фізик і хімік, Соломія Крушельницька – всесвітньовідома оперна співачка. Цей перелік можна продовжувати, але він був би неповним, якщо не згадати Софію Окуневську, яка стала першою жінкою-лікаркою в Австро-Угорщині, першою на західноукраїнських землях жінкою-українкою, що здобула університетську освіту. Це під її впливом О.Кобилянська стала українською, а не німецькою письменницею, це вона навчила В.Стефаніка любити русів і правду в собі; це її національність успадкував син Юрій. І коли Андрей Шептицький запитав Юрія, чому він став українцем, то Юрій відповів: «Якби поляки були в такому становищі, в якому є українці, я став би поляком».

Хто ж вона, Софія Окуневська?

Народилася Софія Окуневська 12 травня 1865 року в с.Довжанка на Тернопільщині у сім'ї священика. Походила із старого українського роду. Прадід Софії Окуневської був Стефан на прізвище Окунь і ледве вмів читати й писати. Його нащадок Адам-Данило вже писався Окуневським і вивчився на священика. Наймолодшим із синів Адама Окуневського був Кирило, який один з перших українців отримав вищу фармацевтичну освіту. Передостаннім у сім'ї був Атанасій Окуневський, батько Софії.

Після смерті матері (1870 р.) Софія виховувалася в родині Івана Озаркевича. Одним з її вчителів тут був брат Ольги Кобилянської Юліан (автор єдиного на той час латино-українського словника). Він не раз казав: «Коли б мої «хлопці» (гімназисти) були такими знаменитими учнями філології, як Софія Окуневська, я би був гордий за них». О.Кобилянська описує Софію, яка справді-таки була дуже вродливою жінкою, ось так: «Бачу її молодою 18-річною дівчиною. Якщо можна порівняти молоду дівчину з квіткою, то Софію можна було порівняти з лілією...»

Всі, хто знав молоду Софію Окуневську, пророкували їй блискучу кар'єру піаністки. Засвідчувала Ольга Кобилянська, що, звичайно, чула піаністів з більш високою технікою гри, але

ні разу не зустрічала того, хто б мав «глибше розуміння, поважніше, гідніше поняття почувань і віддання їх музикою», ніж це було в Софії Окуневської. Відома передвоєнна журналістка Марія Струтинська, автор багатьох чудових психологічних нарисів про жінок того часу, у зворушливому спогаді «Процюючи з портретом», надрукова-



ному у часописі «Жінка» (1938 р.), назвала музику С.Окуневської «отворенням таємних воріт до іншого світу». Своім виконанням гри на піаніно Софія зачарувала В.Стефаніка (познайомився в березні 1894 р. в Кракові під час концерту на честь Шевченка), а свідченням того є його нарис «Портрет».

Ольга Кобилянська, визначний майстер слова, назвала Софію Окуневську своєю першою літературною порадицею, яка перша почала прихилити молоді письменницькі мови й літератури та, за словами письменниці, «заговорила до мене українською мовою, переконуючи мене, що мені треба писати не по-німецьки, а для свого народу – по-українськи, навчила фонетикою писати, надавала українських книжок». Софія Окуневська познайомила Кобилянську із своєю родичкою – письменницею Наталею Кобринською, яка ще більше «підбадьорювала не покидати пера, вичуватися якнайліпше своїй мові і писати». Маючи доступ до великої бібліотеки Окуневських, Ольга Кобилянська поринула в світ наукової і художньої літератури, читаючи твори Т.Шевченка, І.Франка, М.Драгоманова, студіюючи твори європейських філософів. Це спілкування, оче-

видно, було першою систематизацією всієї багатолітньої самоосвіти Кобилянської, образно кажучи, це був перший її університет. При цьому доречно привести також роздуми Ю.Клинового (псевдонім Юрія Стефаніка – сина Василя Стефаніка): «Проте сірою еміненцією західноукраїнської літератури Софія Окуневська-Морачевська стала ще й тому, що свого чоловіка Вацлава вчинила українофілом і пропагатором української літератури, що свого талановитого сина назавжди прихилила до українства, а врешті, що Василеві Стефанікові в буквальному значенні випростувала хребет».

Це вона – Софія Окуневська – навчила В.Стефаніка цінувати українську селянську культуру, її високі етичні й естетичні цінності. Свідченням цього є признание В.Стефаніка у автобіографічному нарисі «Серце»: «Софія Морачевська – пані, що навчила мене любити Русів і правду в собі».

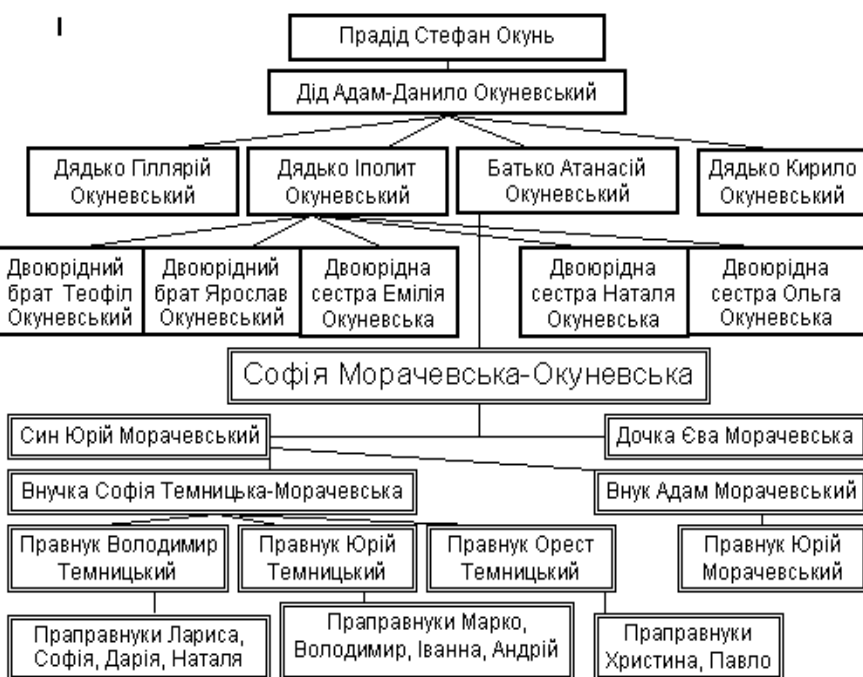
1884 року Софії Окуневській вдалося отримати дозвіл на складання екзаменів за гімназійний курс і 1885 року вона їх блискуче склала при Львівській академічній гімназії, чим викликала сенсацію у цілій Галичині. 1886 року її закінчило лише 13 дівчат. Гімназійне свідоцтво відкривало доро-

жіночого альманаху «Перший вінок», в якому були зібрані всі кращі українські літературні сили того часу. Робота над альманахом зблизила Софію Окуневську з Іваном Франком, який підтримав її у намаганні здобути освіту. 1887 р. Софія вступила на медичний факультет Цюрихського університету, який закінчила в січні 1896 р., ставши першою жінкою-лікаркою в Австро-Угорщині та першою на західноукраїнських землях жінкою-українкою, що здобула університетську освіту.

Після закінчення навчання Софія не змогла відразу одержати працю в Галичині: австрійський уряд не визнавав закордонних дипломів. Після доволі тривалих та неприємних формальних процедур 15 березня 1900 р. на засіданні сенату Краківського університету відбулася нострифікація докторського диплома Софії Окуневської. Тепер Софія отримала право на самостійну лікарську практику, але, на жаль, не знайшлося місця у Кракові, де планувало працювати подружжя (1890 р. С.Окуневська одружилася з В.Морачевським), незадовольнив їх і Львів. 1900 року В.Морачевський та С.Окуневська виїждять до Карлових Вар у Чехію, де В.Морачевський працює приватним лікарем.

1894 року на концерті на честь роковин Т.Шевченка Морачевські познайомилися з В.Стефаніком, про що він пише в «Автобіографії» так: «Я зазнав омилися і заприятелював з Вацлавом Морачевським і з його

ГЕНЕАЛОГІЯ РОДУ СОФІЇ ОКУНЕВСЬКОЇ-МОРАЧЕВСЬКОЇ



гу до вищої освіти – університету, але лише чоловікам. Два роки боролася Софія Окуневська, аби їй дозволили навчатись в університеті, але не домоглася нічого, тому вирішила отримати вищу освіту в Швейцарії, де жінкам дозволялося навчатись в університеті.

1887 року Софія Окуневська організує видання першого

жінкою Софією з Окуневських. Вони приїхали з Цюриху, обоє високоосвічені, і від них я користувався широким європейським. Вони ж і мали на університеті на мене глибокий вплив». В.Стефанік навчався на той час у Краківському університеті на медичному факультеті.

1914 року в час війни В.Морачевський почав працювати гар-

Славиться міцними родинами й відомими іменами Тернопільська земля. Усім знайомий древній рід Тарнавських, власників земельних угідь у Тернополі, сім'я першого бургомістра нашого міста Володимира Лучаківського, шляхетне сімейство Крушельницьких. Список цей, звісно, можна продовжувати і продовжувати... Ось і нині запрошуємо до розмови про ще одну неординарну особистість – першу жінку-лікарку в Австро-Угорщині, першу на західноукраїнських землях жінку, що здобула університетську освіту, Софію Окуневську, родові корені якої – у нас, на Тернопільщині. Генеалогію роду славетної краянки «Медичній академії» люб'язно запропонував автор життєпису Софії Окуневської, відомий у львівському науковому колі вчений, завідувач кафедри біохімії Львівського національного університету ветеринарної медицини і біотехнологій ім. С.З. Гжицького, член Всеукраїнського біохімічного товариства Віктор ГАЛЯС.

нізонним лікарем у Лінці, а Софія у таборі для українських переселенців, сумнозвісному Гмінді. Всі розуміли, що приїзд у Гмінд С.Окуневської-Морачевської був викликом австрійському урядові. Розуміла вона й сама, що подальша її кар'єра як лікарки і вченого цим буде перекреслена, проте і тут вона залишилася вірною собі, і тут була першою, яка кинула виклик урядові за його знущання над українцями. До речі, у листі Юрія Морачевського (син С.Окуневської) до Каміли Люцерна (близька подруга С.Окуневської) «Лист мандрівного українця з 1925 року», де він описує свої літні мандрівки по Східній Галичині, зазначено: «...У Долині нас зустрів молодий сільський господар, голова споживчої кооперативи, що дитиною і школярем був у часи війни у барачному таборі у Гмінді, і добре пам'ятав мою маму».

Останні кілька років С.Окуневська жила у Львові, вела невелику лікарську практику. А померла 24 лютого 1926 року в лікарні від гнійного апендициту. Похована С.Окуневська на Личаківському цвинтарі у Львові. Разом з нею в одній могилі були пізніше поховані її син Юрій, донька Єва, чоловік Вацлав, внучка Софія.

Такий неповний опис життєвого шляху С.Окуневської-Морачевської, яка прагнула своєю працею і жертвністю возвеличити рідний народ. Усім своїм життям вона довела свою безмежну любов до України і людей.

Другим етапом наших досліджень було складання генеалогії роду С.Окуневської-Морачевської та його опис, що подаємо нижче.

ЯКА ЦЕ ВАЖКА РІЧ – ХВОРОБА

Перший обов'язок медицини – збереження здоров'я, другий – лікування хвороб.

Ф.Бекон.

Перед тим, як лягати на операцію, приведи до ладу свої земні справи. Можливо, ти виживеш.

А.Бірс.

Найменший біль у мізинці турбує нас більше, ніж убивство мільйонів наших ближніх.

У.Гезліт.

Істерик, психастенік, сангвінік – всі вони кожен по-своєму будуть реагувати на одне і те ж захворювання: істерик буде маскувати свою справжню хворобу й поведе лікаря досконало брехливим слідом, психастенік буде збільшувати, а сангвінік – зменшувати і навіть заперечувати своє захворювання.

П. Ганнушкін.

Ліки можуть допомагати, можуть не допомагати, але не повинні шкодити.

Л. Дмитренко.

Перед зірковою хворобою медицина безсила.

К.Кушнер.

Яка це нудна річ хвороба – берегти своє здоров'я надто суворим режимом.

Ф. Ларошфуко.

Нехай твоя їжа стане медициною, а медицина – їжею.

Лукрецій.

Вирази шлунка виникають не від того, що ми їмо, а від того, хто нас їсть.

М.Монтек'ю.

Чи, бува, не умисно Творець наших тіл дарувати нам вічності не захотів.

Омар Хайям.

Пониклий духом гине раніше строку.

Омар Хайям.

Немає рідкісних хвороб – є рідкісні діагнози.

С.Рейнберг.

Здорові люди – це хворі, які ще не знають про це.

Ж.Рамен.

У жодній галузі в народі немає такої кількості знавців, як в медицині, і немає нічого такого, про що б народ так мало знав, як про лікування хвороб.

Г.Сковорода.

Кожна хвороба, яка завжди є пригодою в житті хворого, має відомий вплив на його соматичку та психіку, але також і на становище в сім'ї та суспільстві, на роботі і в житті взагалі.

М.Черноручий.

Крім ідіотів, на світі майже нікого немає.

А. Шопенгауер.

Люди, які надміру думають про хвороби, віддають їм своє життя.

Н.Хамітов.

ФОТОВІКНО



Паморозь

Фото Олега КИЧУРИ

А?АА?ОА?

ОПТИМІЗМ – ПЕРЕПОНА ДЛЯ ГРИПУ

За даними Національної академії наук США, вчені під керівництвом Річарда Девідсона з університету Вісконсина встановили, що імунна система оптимістів виробляє більше захисних антитіл проти вірусу грипу, повідомляє Укрінформ з посиланням на vesti.ru. У новому дослідженні для експерименту було відібрано групу з 52 осіб у віці від 57 до 60 років. З ними провели комплексне тестування, у тому числі і мето-

дом дослідження активності мозку, розділивши досліджуваних на дві групи: «оптимістів» і «песимістів».

Обом групам було введено вакцину проти грипу. Далі протягом шести місяців у досліджуваних тричі брали кров, щоб визначити, як утворюються захисні антитіла після введення вакцини. Виявилось, що у групи «оптимістів» наростання рівня антитіл ішло значно швидше, ніж у «песимістів».

Відповіді у наступному числі газети

ЊЕАІ АІ ДА

4. Житловий масив у Тернополі	1. Місто	5. Райцентр на Тернопілля	6. В'єтнамська копійка	7. Спортивний біг	8. Щобінь, галька	9. Бог сонця	10. Укр. літак	11. Лгописець Київської Русі	12. Укр. продукт	13. Розмелюють зерно	14. Старослов. літера	15. Новорічна красуня	16. Ліжі	17. Баранячий горох	18. Річка на Тернопілля	19. Слов'янський бог	20. Овочева коренева рослина	21. Райцентр Тернопілля	22. Давньоруський свівець	23. Ряд поколінь	24. Каракатиця	25. Кількість наддоєного молока	26. Хвалебний вірш	27. Козацький полковник з Тернопілля	28. Бджолиний продукт	29. Партія в грі	30. Частина спорт. гри	31. Давня укр. поштова станція	32. Знак Зодіаку	33. Праця	34. Село в Тербовлянському районі	35. Вид творів	36. Доброякісна пухлина	37. Гнучкий прутик	38. Католицький священик	39. Райцентр Тернопілля	40. Супутник Юпітера	41. Небесне тіло	42. Бойовий клич	43. Символ святості	44. Вітрильне судно	45. Квіти	46. Великий гурт людей	47. Гвинтокрил	48. Голлова артерія	49. 4047 м²	50. Богиня землі	51. Гостра приправа	52. Прихильник прекрасного	53. Місто в Естонії	54. Комаха, що жалить	55. Парк у Тернополі	56. Свято народження Ісуса	57. Роман Ю.Мушкетика	58. Гора у Кременці	59. Сторожовий загін війська	60. Покарання	61. Грецька літера	62. Муз. інструмент	63. ...-банк	64. Бог сонця	65. В'язень замку	66. Бойова граната	67. Короткі наукові нариси	68. Земляний насип	69. Партія гри в теніс	70. Поїздка круговим маршрутом	71. Продукт перегонки на	72. Місто на Тернопілля	73. Страва	74. Козацький табір	75. Сірий папуга	76. Село С Крушельницької	77. Німецький фізик	78. Мале підприємство	79. Проти якого нема прийому	80. Чин	81. Професіонал	82. Місто на Тернопілля	83. Вид печатки	84. Казкова країна
-------------------------------	----------	---------------------------	------------------------	-------------------	-------------------	--------------	----------------	------------------------------	------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	----------	---------------------	-------------------------	----------------------	------------------------------	-------------------------	---------------------------	------------------	----------------	---------------------------------	--------------------	--------------------------------------	-----------------------	------------------	------------------------	--------------------------------	------------------	-----------	-----------------------------------	----------------	-------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------	----------------------	------------------	------------------	---------------------	---------------------	-----------	------------------------	----------------	---------------------	-------------	------------------	---------------------	----------------------------	---------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------	---------------	--------------------	---------------------	--------------	---------------	-------------------	--------------------	----------------------------	--------------------	------------------------	--------------------------------	--------------------------	-------------------------	------------	---------------------	------------------	---------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------------	---------	-----------------	-------------------------	-----------------	--------------------

Відповіді на сканворд, вміщений у № 24 (209) за 2007 рік

1. Різдво. 2. Коляда. 3. Ангел. 4. Яблуко. 5. Ялинка. 6.Щедрівка. 7. Гол. 8. Вертеп. 9. Петро. 10.Одр. 11. Лік. 12. Таксі. 13. Вифлієм. 14. Епос. 15. Оз. 16. Хата. 17. Дзвін. 18. Зоря. 19. Примаченко. 20. Бог. 21. «Ох». 22. Небо. 23. День. 24. Ладан. 25. Низ. 26. Рампа. 27. Міраж. 28. Ваза. 29. Ятір. 30. Кіл. 31. Ноша. 32. Ан. 33. Арик. 34. Мир. 35. Ірак. 36. Ясла. 37. Амінь. 38. Мі. 39. Син. 40. НОК. 41. Гуцул. 42. Жало. 43. Туфан. 44. Цинк. 45. Штир. 46. «Аркан». 47. Аура. 48. Су. 49. Каса. 50. Кок. 51. Ірод. 52. Одарка. 53. Кант. 54. Ліон. 55. Іо. 56. ТТ. 57. НДІ. 58. Го. 59. Репін. 60. Миколай. 61. Ви. 62. Київ. 63.Ом. 64. Аман. 65. Ятка. 66. Краса. 67. Коц. 68. Жінка. 69. Вакула. 70. Казка. 71. Явір. 72. Їжа. 73. Церква. 74. Вуж. 75. Кактус. 76. Жар. 77. Хан. 78. Ух.