

# МЕДИЧНА КАДЕМІЯ

№ 6 (287)  
ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ  
26 березня 2011 року



ОГОЛОШЕННЯ

**ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО» (АКРЕДИТОВАНИЙ ЗА IV РІВНЕМ) ОГОЛОШУЄ КОНКУРС НА ЗАМІЩЕННЯ ВАКАНТНИХ ПОСАД:**

**НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ:**

- доцента кафедри філософії, суспільних дисциплін та іноземних мов — 2 посади;
- доцента кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології - 3 посади;
- доцент кафедри загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією — 2 посади;
- доцента кафедри акушерства і гінекології № 2 — 1 посада;
- доцента кафедри медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології — 2 посади.

**Вимоги до претендентів:** наявність наукового ступеня кандидата наук, стаж науково-педагогічної роботи — не менше п'яти років.

— асистента кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами — 1 посада;

— асистента кафедри фармакології з клінічною фармакологією — 1 посада.

**Вимоги до претендентів:** наявність наукового ступеня кандидата наук, стаж науково-педагогічної роботи — не менше одного року.

Термін подачі документів — один місяць з дня оголошення.

**Звертатися:** 43001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1, відділ кадрів, тел. 52-14-64.

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ



**Віталій Назарчук** — студент п'ятого курсу стоматологічного факультету, родом зі Збаражя. Розповідає, що медицину полюбив завдяки татові. Власне, за батьковою порадою й обрав ТДМУ, який є потужним вищим навчальним закладом європейського зразка, де створені прекрасні умови для навчання та дозвілля студентів.

Стор. 6

У НОМЕРІ

Стор. 2

### ТЕРНОПІЛЛЯ ВІДВІДАВ МІНІСТР ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ



*Про перспективи розвитку та реформування медичної галузі, налагодження співпраці між центральними органами влади та місцевими державними адміністраціями йшлося на нараді, яка відбулася 12 березня за участю міністра охорони здоров'я України Іллі Ємця.*

Центри, які ми відкриваємо в селах, — зразки. Зрозуміло, що така їх кількість не розв'яже проблему. Але віримо, що зрушення будуть — наш приклад наслідуватимуть підприємці, установи й організації, які мають фінансові резерви й небайдужі до того, як житиме Тернопілля».

Стор. 3-4

### РЕФОРМИ, ЩО ОБІЦЯЮТЬ ЗДОРОВ'Я



*«Суть запропонованих змін полягає в тому, щоб наблизити високоякісну медичну допомогу до кожної людини в найвіддаленішому селі області.*

Центри, які ми відкриваємо в селах, — зразки. Зрозуміло, що така їх кількість не розв'яже проблему. Але віримо, що зрушення будуть — наш приклад наслідуватимуть підприємці, установи й організації, які мають фінансові резерви й небайдужі до того, як житиме Тернопілля».

ДО ВІДОМА

### ОГОЛОШЕННЯ

Відповідно до п. 15. «Порядку ліцензування діяльності з надання освітніх послуг», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 8 серпня 2007 року № 1019 «Про ліцензування діяльності з надання освітніх послуг», державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» **повідомляє про проведення процедури ліцензування післядипломної освіти** лікарів, провізорів, клінічних провізорів первинної спеціалізації (інтернатура) з ліцензованим обсягом 500 осіб щорічно та ліцензування підвищення кваліфікації, стажування, спеціалізації з ліцензованим обсягом 1500 осіб щорічно.

НОВИНИ

### ВЛАДА НЕ ЗАЛИШИТЬ ДИТЛІКАРНЮ БЕЗ УВАГИ

Очільник краю Валентин Хоптян ознайомився з роботою обласної комунальної дитячої клінічної лікарні, поспілкувався з її працівниками та пацієнтами.

Керівник області оглянув відділення хірургії, операційні, педіатричне відділення для новонароджених. Побував і в центрі ранньої медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, де застосовують широкий спектр нейрофізіологічних обстежень і процедур.

«Тішити, що тут є досвідчені кадри, які добре працюють і хочуть працювати ще краще, — зазначив Валентин Хоптян. — Для того, щоб їм працювалося краще, влада повинна допомогати. Йдеться насамперед про матеріально-технічне забезпечення».

Голова ОДА нагадав, що куратором нашої області є міністр охорони здоров'я України Ілля Ємець. «Під час найближчої

зустрічі ми обговоримо питання медичного оснащення лікувальних закладів краю. Також, гадаю, знайдемо внутрішні резерви за підсумками першого кварталу, щоб виділити додаткові кошти на нашу обласну дитячу лікарню. Це потрібно для того, аби фахівці-медики могли надати необхідну медичну допомогу дітям області», — сказав Валентин Хоптян.

Головний лікар Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні Григорій Корицький подякував голові облдержадміністрації за увагу та відвідини медустанови: «Впродовж кількох років наша лікарня займає у державі 3-4 місце за показниками надання медичної допомоги дітям. Переконаний, що за підтримки керівництва області ми закріпимо цей результат».

(Прес-служба ОДА)

### ОГОЛОШЕННЯ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського оголошує збір заяв студентів випускних курсів університету на участь у конкурсі на вступ до магістратури і на отримання рекомендації вченої ради університету на наукову роботу.

- До заяви додаються:
- відбитки наукових статей, тез, винаходів, рацпропозицій;
  - відбитки дипломів конференцій та олімпіад;
  - матеріали про участь у студентських програмах «Студентська наука і профорієнтаційне навчання», «Студент — майбутній фахівець високого рівня кваліфікації»;
  - рекомендації наукових керівників.

Термін подачі документів — до 1 травня 2011 року.

**Звертатися:** 43001 м. Тернопіль, майдан Волі, 1, голова ради СНТ.

АВТОРИТЕТНО



Міністр охорони здоров'я України Ілля ЄМЕЦЬ

**Про перспективи розвитку та реформування медичної галузі, налагодження співпраці між центральними органами влади та місцевими державними адміністраціями йшлося на нараді, яка відбулася 12 березня за участю міністра охорони здоров'я України Іллі Ємця та голови облдержадміністрації Валентина Хоптяна.**

Як зазначив міністр, згідно з постановою Кабінету Міністрів України йому доручено здійснювати координацію взаємодії між урядовими структурами та Тернопільською областю.

Основною ж метою його перебування у краї є роз'яснення мети та змісту реалізації соціально-економічних реформ, інформування громадськості про ре-

# ТЕРНОПІЛЛЯ ВІДВІДАВ МІНІСТР ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

зультати річної діяльності уряду.

Спілкуючись з присутніми на нараді керівниками районних рад та адміністрацій, представниками депутатського корпусу, структурних підрозділів облдержадміністрації та міської ради, міністр охорони здоров'я України зазначив, що Тернопільщина має фактичні здобутки у доступності якісної медичної допомоги для людей.

Будучи відповідальним за взаємодію уряду з місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування Тернопільщини, Ілля Ємець зазначив: «В області є конкретні напрацювання у медицині, тому їхній досвід у рамках реформування принесе велику користь. Головне — провести роз'яснювальну роботу на місцях щодо змін у галузі».

Ілля Ємець наголосив: «В Україні медицина настільки розгалужена та безсистемна, що перше завдання — це об'єднання, причому об'єднання на професійних основах». Найскладніше питання, на думку міністра, —



Голова ОДА Валентин ХОПТЯН

фінансування галузі. Адже наразі коштів не вистачає ні на якісне медичне обладнання, ні на зарплатню медикам.

Кінцевим результатом реформ, заявив Ілля Ємець, має стати зниження рівня дитячої смертності, підвищення середньої тривалості життя та позитивні зрушення у кадровій політиці медицини області.

Окрему увагу міністр приділив функціонуванню університетської лікарні на базі Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського. Він за-



На передньому плані: (зліва направо) начальник головного управління охорони здоров'я ОДА Михайло БУРТНЯК, ректор ТДМУ, член-кореспондент НАМН України, професор Леонід КОВАЛЬЧУК, заступник начальника головного управління охорони здоров'я ОДА Любомир СИНОВЕРСЬКИЙ

начив: «Університетська лікарня — це найбільш оптимальний спосіб приблизити якісну медицину до людей. Адже в цій лікарні можна отримати консультації професорів університету, а також доступ до нововведень у медицині, які ВНЗ обов'язково відслідковує та впроваджує».

Голова облдержадміністрації Валентин Хоптян водночас зазна-

чив, що на Тернопіллі реалізують проекти, що спрямовані на покращення надання медичних послуг країнам, та висловив переконання, що Міністерство, керівник якого є куратором регіону, сприятиме втіленню в життя позитивних перетворень у цій царині.

(Прес-служба ОДА)  
Фото Андрія ВОЙНИ

## НОВОСІЛЛЯ

# «У КОМФОРТНИХ УМОВАХ ОДУЖУЄШ ШВИДШЕ»

**Донедавна денний стаціонар Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги тіснився в невеличкій будівлі на території закладу. Лабораторії, відділення функціональної діагностики містилися в інших корпусах, що створювало незручності для пацієнтів. Днями відділення денного стаціонару переїхало у ретельно відремонтоване та більш просторе приміщення на першому поверсі лікарні.**

В урочистостях з нагоди новосілля взяли участь міський голова Тернополя Сергій Надал і начальник відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення міської ради Ростислав Левчук.

Як розповів головний лікар міської комунальної лікарні швидкої допомоги Ярослав Чайківський, в оновленому відділенні — 40 ліжок. Тут обслуговуватимуть хворих неврологічного, терапевтичного та хірургічного профілю, які не потребують цілодобового перебування в стаціонарі. Вони приходитимуть на кілька годин, щоб отримати фізіотерапевтичні процедури та

інші призначення лікаря. До послуг пацієнтів — затишні палати з новими ліжками й жалюзіями на вікнах, зручна маніпуляційна.

— Поліпшення охорони здоров'я є одним з пріоритетних напрямків роботи міської влади, — зазначив голова Тернополя Сергій Надал. — Це новосілля — підтвердження того, що навіть в умовах, коли держава недостатньо фінансує медицину й немає коштів ні на ремонт, ні на закупівлю нового обладнання, спільними зусиллями можна багато зробити.

До проекту долучився й міжнародний фонд ЮНЕСКО. Як розповів його представник у Терно-

полі Віталій Семенюк, за сприяння Тернопільського міського голови з Франції в оновлений заклад доправили два функціональні ліжка й три інвалідних візки. Невдовзі надійде новий гуманітарний вантаж.

За словами Ростислава Левчука, в Тернополі у денних стаціонарах нараховують 190 ліжок-місць. Видатки на перебування тут хворих у десятки разів менші, ніж у звичайних умовах лікарні. У високорозвинутих країнах 80 відсотків медичної допомоги надають у поліклініках та денних стаціонарах і лише 20 відсотків пацієнтів,

які потребують спеціалізованої медичної допомоги, лікують у стаціонарах.

«У старому відділенні, що функціонувало 15 років, все виглядало дуже похмуро. Тепер денний стаціонар кардинально змінив вигляд, — ділилися радістю пацієнти. — А в комфортних умовах й одужуєш швидше».

Оксана БУСЬКА



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

Адреса редакції: 46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1, тел. 52-80-09; 43-49-56 E-mail hazeta.univer@gmail.com

Засновники: Тернопільський держмедуніверситет 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 Тернопільському держмедуніверситеті ім. І.Я. Горбачевського. 46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1.

# РЕФОРМИ, ЩО ОБІЦЯЮТЬ ЗДОРОВ'Я

Щодо экс-міністра, зрозуміло, шукали київський слід. А Леонід Якимович потрапив під обстріл незадоволених через те, що безпосередньо причетний до проекту медичних реформаций в області. Він — голова постійної комісії Тернопільської обласної ради з питань охорони здоров'я, сім'ї, материнства й дитинства, голова міжвідомчої комісії з реформування, структуризації медичної галузі та вироблення концепції розвитку охорони здоров'я на Тернопіллі.

Ще задовго до загальнодержавних проектів реформування медичної галузі міжвідомча комісія, очолювана Ковальчуком, виконала величезну роботу — розробила проект концепції реформування охорони здоров'я Тернопільської області. Ідея щодо цього виникла не випадково: буваючи в багатьох європейських державах, Леонід Якимович, як зізнається, не міг байдуже, не порівнюючи з Україною, дивитися на те, як розумно там організовано все, що стосується надання медичної допомоги громадянам, як раціонально й головне — ефективно для людей використовують бюджетні кошти. Чому в нас не створити щось принаймні подібне? З чого почати? Такі питання турбували його, як лікаря, науковця, депутата обласної ради. Концепція проекту, який запропонувала комісія, очолювана ним, сконцентрувала значну частину європейського досвіду, скоректованого на наші реалії.

Щойно матеріали проекту роздали для обговорення, було організовано громадські слухання, де й лунали звинувачення. Зокрема з приводу того, що геронтологічне відділення приватизовано.

— Це — велика неправда, — пояснює Леонід Якимович. — Геронтологічне відділення залишається у власності держави. Наразі там триває реконструкція приміщення під інфекційне відділення університетської лікарні. Область без інфекційного відділення. Це навіть складно уявити, а в нас так є. Міське відділення виконує функцію обласного. Ви бачили його зсередини? Страшно подивитися на обдерті стіни, рами, двері, що розсохлись, підлогу, що прогнила. Коли минулої зими виникла епідемія грипу, всі недоліки проявилися. В мене 37 років лікарського стажу, але я вперше зіткнувся тоді з такою ситуацією: на штучному диханні одночасно понад 20 хворих, а в інфекційному їх нікуди було госпіталізувати — клали в інші відділення. Хіба так повинно бути? Тепер хочемо геронтологічний корпус з'єднати переходом з інфекційним, зробити ремонт і відкрити повноцінне інфекційне відділення університетської лікарні.

— **Леоніде Якимовичу, в чому все-таки суть реформи, яку пропонуєте? Адаже, напевно, не тільки можливі пацієнти, а й лікарі не до кінця обізані з нею.**

**Ажіотаж навколо подій у третій міській лікарні Тернополя породив чимало припущень, домислів і навіть безглузвих чуток. Люди, в яких небезпідставно за останні роки в підсвідомість в'їлася засторога того, що на кожному кроці їх намагаються обдурити й для яких слово «реформа» рівноцінне поняттю катастрофа, виступили категорично проти реформування лікарні. На тлі неповної поінформованості, що саме планується організувати в цьому лікувальному закладі, протестні настрої були підхоплені й підігріті. В результаті — назагал поширились відомості про повне перепрофілювання лікарні й значне скорочення персоналу, а в особистому інтересі щодо цього звинуватили не тільки професора, ректора Тернопільського державного медичного університету Леоніда Якимовича Ковальчука, а й экс-міністра охорони здоров'я.**

— Запитайте будь-кого, чи задоволений тією медичною допомогою, яку отримує? Впевнений, що небагато таких знайдеться. Суть запропонованих змін полягає в тому, щоб наблизити високоякісну медичну допомогу до кожної людини в найвіддаленішому селі області.

Реформа передбачає чотири напрямки роботи. Перший — створення центрів первинної медико-санітарної допомоги. Це, зокрема, лікарські амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії сімейного лікаря. Одне слово, у кожному селі має бути медичний чи фельдшерсько-акушерський пункт, а сіл в області — 1050. Нині медпунктів є лише 740. Яке б не було мале село — 50 жителів чи 2500, медична допомога потрібна, адже там є старенькі, інваліди, хворі. Медик повинен бути поруч з кожною людиною. Це — одне з основних завдань центру первинної медико-санітарної допомоги.

Наступні — профілактична робота плюс диспансеризація і взяття на облік хворих із хронічними недугами для того, щоб їх регулярно обстежувати, доглядати. Як приклад, ми зробили п'ять центрів первинної медичної допомоги. Три вже діють — у Гнилицях Підволочиського району, Зарубинцях — Збаразького, Говилові — Теребовлянського. Через місяць-півтора відкриємо в Увислі, а максимум до першого вересня завершимо роботи в Кокошинцях Гусятинського району.

Центри, які ми відкриваємо в селах, — зразки. Зрозуміло, що така їх кількість не розв'яже проблему. Але віримо, що зрушення будуть — наш приклад наслідуватимуть підприємці, установи й організації, які мають фінансові резерви й не байдужі до того, як житиме Тернопілля.

— **А якщо людина потребу-**

**ватиме швидкої медичної допомоги?**

— Якраз створення ефективної швидкої медичної допомоги — другий напрям реформи. Він передбачає, що «швидка» в місті приїжджатиме до хворого за 10 хвилин після виклику, в селі — за двадцять. Фантастика? Ні — це реально досягнути, адже в області буде створена мережа



станцій і підстанцій швидкої допомоги. До прикладу, в районі, крім станції, будуть підстанції, пункти постійного і тимчасового базування. Автомобілі «швидкої» будуть оснащені системою джипієс, тож зв'язок між ними, черговими на станціях і підстанціях відбуватиметься приблизно так, як тепер працюють таксі, — яка бригада медиків найближче до хворого, та й приїжджатиме. Кожен автомобіль матиме апарат ЕКГ, аудіо- й відеозв'язок з лікарнею. Лікар зможе отримати розшифровку кардіограми, необхідні рекомендації, щоб хворому вже дорогою до лікарні надати якнайповнішу допомогу. Для організації такої мережі потрібно, аби була одна машина «швидкої» з розрахунку на 5 тисяч населення. Тепер маємо одну на 12-13 тисяч.

— **Це щось схоже, як нині є за кордоном. Але ж у нас усе впирається в кошти...**

— Перших два напрямки, про які ми говорили, втілити не так складно, як здається. Тут не потрібно дуже багато грошей. В області є підприємства, які в змозі приклясти до цього. Чому ми ще й досі думаємо, що такі проекти повинні здійснюватися за рахунок централізованих коштів? Медичний університет узяв на себе зобов'язання щодо створення центрів первинної медичної допомоги й виконав їх. Нехай інші також потрудяться на благо громади. Спільними зусиллями можна досягнути чимало. Так влада й ставить питання.

Третій напрям реформ — створення консультативно-діагностичних центрів. Скажіть, якщо хірург Тернопілля потребує серйозного обстеження, куди їдуть? Так, у Рівне, Львів, Київ, Хмельницький чи Івано-Франківськ, бо там є діагностичні центри, а в Тернополі — немає. Тож реформа передбачає, що в кожному районі нашої області й у Тернополі буде консультативно-діагностичний центр. В ньому працюватиме кон-

сультативне відділення, де прийматимуть лікарі всіх спеціальностей за другим рівнем спеціалізованої медичної допомоги — педіатр, терапевт, хірург, ортопед-травматолог, акушер-гінеколог, працюватиме жіноча консультація, стоматологія, денний стаціонар, рентгеновідділення, де, окрім мамографа, флюорографа, буде комп'ютерний томограф, а в окружній лікарні повинен бути й магнітнорезонансний томограф, відділення ультразвукової діагностики, лабораторія. Людина повинна приїхати в район і повністю обстежитись, а не шукати допомоги в Рівному чи деінде. Скажіть, хіба ці

напрямки передбачають скорочення? Навпаки, пропонуємо розширення, розгалуження служби, відкриття нових відділень і центрів, щоб наблизити медицину до людини.

Наголошу — тільки тоді, коли напрацюємо перші три напрямки, маємо приступити до втілення четвертого — концентрації служб. Якраз із приводу цього й баламутять нині тернополян, збираючи на громадські обговорення.

— **Як думаєте, коли зможемо перші три напрямки втілити в життя?**

— Дай Бог, щоб через роки десять. Тільки тоді створюватимемо окружні лікарні. Вони для того, щоб сконцентрувати централізовану медичну допомогу за другим рівнем. А це, зокрема, — хірургія, ортопедія, травматологія, акушерство, гінекологія, педіатрія. Нині в нас є 20 відділень, де надається спеціалізована мед-

допомога за другим рівнем — 17 районних і три міських. Замість них потрібно створити п'ять округів із п'ятьма окружними лікарнями, які об'єднуватимуть, зокрема, лікарні інтенсивного та відновного лікування — реабілітації, швидку допомогу, консультативно-діагностичний центр, хоспіс — для невиліковно хворих, які б могли помиратися не в муках, а гідно.

— **А для чого сконцентрувати?**

— Я наведу вам лише один приклад, підтверджений практикою. Якщо хірург робить менше 200 операцій на рік, він небезпечний для пацієнта, бо не має відповідної кваліфікації. В Україні взагалі й нашої області зокрема на хірурга в середньому припадає 45 операцій. Це означає, що один може зробити їх 200, інший — 10. Пацієнт, який лягає на 11 операцію, цього не знає. І це не провина лікаря, що не має достатньої практики, — так організоване наше медичне обслуговування.

В області немає жодної операційної, де б я не оперував. Повірте, на ті проблеми й людські страждання надивився... Не можу спокійно спостерігати, як через недолугість системи страждають люди. Тому й долучився до реформування медичної галузі.

— **Уже планується, де саме будуть окружні лікарні?**

— У Бережанах, Кременці, Чорткові, Борщові й Тернополі. Якщо добре організовані перші три напрямки, то краще провезти одного пацієнта на 40-50 хвилин довше й віддати до рук доброго хірурга, анестезіолога, кваліфікованих лікарів, які цілодобово чергують і вже чекатимуть у повній готовності хворого. Та й п'ять окружних лікарень значно простіше забезпечити найсучаснішим обладнанням, аніж 20, де воно, якщо і є, то простоє до 70 відсотків часу.

Повторюсь, ніхто й нічого не скорочуватиме. Потрібно лише перепрофілювати лікарні. В якому обласному центрі є більше як одна міська лікарня? В нас — три. Чому б з однієї із них не зробити лікарню відновного лікування? Якщо в людини інсульт — не працює рука, нога, — вона потребує психологічної, медичної консультації, або травма й потрібно сугубо розробляти на фаховому рівні, хто цим займається, як не родина? У світі інакше, бо вже є різні засоби й методи відновлення функцій у таких людей у спеціалізованих лікарнях.

Але це — останній етап. У найближчих 10 років потрібно створити систему первинної медико-санітарної допомоги, ефективну «швидку», діагностичні центри. Тоді можна буде вестимову про перерозподіл вторинної медичної допомоги. Я категорично проти, щоб це робити до того, поки не буде втілено перших три етапи.

**(Закінчення на стор. 4)**

## РЕФОРМИ, ЩО ОБІЦЯЮТЬ ЗДОРОВ'Я

**(Закінчення. Поч. на стор. 3)**  
— Усе це дуже привабливо звучить, але де взяти кошти?

— Знаєте, скільки торік на медицину області витрачено? Понад 840 мільйонів гривень — до мільярда недалеко. Хтось це відчув? Питання, чи ефективно їх використовували? За 2005–2009 роки видатки на медицину в Україні зросли втричі — з 10 мільярдів до 30. Гроші розподіляти так: найменше коштів віддавали на первинний рівень медичної допомоги, туди, де її потребує найбільша кількість людей. Понад половину — на вторинний рівень — у районні лікарні, де, нехай пробачать мені колеги-лікарі, але задля ліжкомісця, адже від цього залежить фінансування закладу, часто госпіталізують амбулаторних хворих, свідомо зтягають перебування людини в лікарні, виписують її, а історію хвороби продовжують вести... Відсоток хворих, яких кладуть на лікарняне ліжко, а їх можна було б пролікувати в умовах поліклініки, нерідко сягає 40 і більше. За рахунок коштів, витрачених на таку необгрунтовану госпіталізацію, можна було б забезпечити ліками хворих, які справді цього потребують. На-

разі вони вимушені купувати медпрепарати за власні кошти. Потрібно більше проводити профілактичної роботи в селах і селищах, щоб менше було людей із «запущеними» хворобами, яких потрібно госпіталізувати в районі. Тож ми пропонуємо перерозподілити кошти, які виділяють на первинний і вторинний рівні медичної допомоги на користь першого. Це дасть можливість кожному українцеві отримувати високоякісну медичну допомогу, підтримує здоров'я нації в цілому.

Леонід Ковальчук не тільки теоретичними викладками переконує в необхідності й важливості для кожної людини реформування медицини. В п'яти селах області, як приклад, силами й коштами медичного університету вже розпочата реорганізація — створені пункти первинної медико-санітарної допомоги. На переконання Леоніда Якимовича, якщо навчальний заклад зумів для себе заробити, то повинен поділитися з тими людьми, які цього потребують. Такою, каже, повинна бути позиція керівників успішних підприємств, що працюють в області. Сільський голова Гнилиць Підволочиського району Ілько Стахурський, де

один з пунктів, розповів, як саме організована там робота. Тож судити читачам — чи добрі починання і чи потрібні вони в кожному селі.

— Кількома словами: за рахунок університету на базі ФАПУ в нашому селі створено, якщо можна так сказати, невеличку лікарню, оснащену найновішою технікою для надання первинної медичної допомоги. Тут є сучасний кардіограф, найновіше стоматологічне обладнання, комп'ютер, за допомогою якого в будь-який час дня і ночі студенти-старшокурсники, інтерни університету чи лікарі, які почергово працюють у селі, можуть зв'язатися з професурою університету й отримати консультацію, уточнити діагноз чи методи лікування — спілкування проходить через монітор комп'ютера. Тож професор в університеті бачить і консультує пацієнта в Гнилицях. Усі маніпуляції, лікування, стоматологічні процедури, навіть протезування зубів, обслуговування, оснащення центру для села — безкоштовно. Затрати на це взяв на себе медуніверситет. Тут є аптека, а якщо необхідні ліки, яких наразі немає, їх доставляють упродовж доби. Вдячність громади нашого села медуніверситетові й Ле-

онідові Якимовичу особисто — величезна. Адже, погодьтеся, стареньким людям непросто поїхати навіть до райцентру, вистояти в чергах, щоб обстежитись чи протезувати зуби. Тільки один приклад: бабусі, якій понад 90 років, уперше поміряли тиск, обстежили її стан, приписали необхідне лікування. Чи змогла б вона за інших обставин отримати необхідну медичну допомогу? А скільки наших селян протезують зуби! Якби в кожному селі були такі центри первинної медико-санітарної допомоги, то можна було б сказати: ми щодо медицини — в комунізмі.

Тепер у Гнилицях на черзі ще один центр, будівництво й утримання якого фінансуватиме медуніверситет, — реабілітації та догляду за людьми похилого віку. Він буде розрахований на 15–20 осіб, яких зранку привозитимуть сюди, а ввечері відвозитимуть додому. Ми запропонували під центр два будинки, які в селі не використовували. Це — місце, куди щодня привозитимуть самотніх, інвалідів, тих, кому далеко за сімдесят і які хворіють і старіють, можливо, не стільки від хвороб та віку, як від самотності. Будівлі будуть з'єднані переходом. У кожній з кімнат,

відремонтованих за європейськими стандартами, стоять телевізори, диван чи ліжко. В дальній тричі на день безкоштовно годуватимуть. Передбачені там душові, ванни, які будуть оснащені й для інвалідів, котрі зможуть заїжджати туди на візках. У залах — каміни, акваріуми. А окрім цього, тут постійно чергуватимуть медики й за потреби надаватимуть стареньким необхідну допомогу.

На території центру кожен зі стареньких зможе, якщо захоче, займатися тим, до чого лежить душа, адже там будуть і кролики, і голуби, і невелика майстерня. А у вольєрах милуватимуть око плямисті олені. Це буде своєрідний санаторій не тільки для тіла, а й для душі людей похилого віку. Адже для них тепер головне — спілкування між собою, з односельцями, якого так бракує, бережне й уважне ставлення. Саме воно, а не пігулки й уколи часто-густо лікує цих спрацьованих і самотніх людей. А що все це — не фантастика, підтверджують факти: у проектно-кошторисну документацію медичний університет уже вклав необхідні кошти.

Валентина БАЦА

## МЕДИЦИНА СІЛЬСЬКА, А РІВЕНЬ ОБСЛУГОВУВАННЯ — ЄВРОПЕЙСЬКИЙ

У Гнилицях Підволочиського району віднедавна сільська рада спільно з Тернопільським медичним університетом ім. І. Горбачевського відкрила медичний центр.

## СТУДЕНТИ ПРАКТИКУЮТЬСЯ, МЕШКАНЦІ ЛІКУЮТЬСЯ

— Приміщення нашого ФАПУ, а це — сто квадратних метрів площі, потребувало капітального ремонту, а грошей, як завжди, не вистачало, — розповідає сільський голова Гнилиць Ілько Стахурський. — Тому й вирішили долучитися до ООНівського проекту «Місцевий розвиток, орієнтований на громаду». Нам надали 50% коштів, решта треба було знайти самостійно — з сільського, районного чи обласного бюджетів, від спонсорів та інвесторів.

Гниличани ініціативу підтримали й дуже швидко збрали частину необхідної суми. На жаль, район не дав ані копійки, та рука ніхто не опустил. Спробували щастя у медичному університеті. Ректор Леонід Ковальчук не просто вислухав, але й запропонував фінансову допомогу. Так і з'явився у краї перший сільський медичний центр. І ожило старе

приміщення, тепер тут гарні світлі кабінети, сучасне обладнання й щирий привітний медперсонал — практиканти університету.

— Студенти шостого курсу та другого курсу інтернатури навчаються у Гнилицях досвіду з осені 2009 року, а минулоріч у жовтні в центрі встановили кардіограф та обладнали стоматологічний кабінет, — зауважує Ольга Книшевич, лаборант поліклінічної справи і сімейної медицини. — Тут можна безкоштовно пролікувати зуби, без черг потрапити на прийом до терапевта, кардіолога, гінеколога чи іншого лікаря, поміряти тиск, зробити ін'єкції, необхідні маніпуляції.

А ще щодня студенти-практиканти відвідують самотніх людей похилого віку та інвалідів удома. Аби оглянути підопічних, вислухати скарги на здоров'я й просто поспілкуватися, бо стареньким інколи добре слово більше допомагає, ніж мікстури.

## «ШКОДА, ЩО ПРИЇДЖАЄМО ЛИШЕ НА ТИЖДЕНЬ»

Для віддаленого від райцентру села відкриття такого медичного центру — незвичайна подія. Тепер для мешканців нема потре-

би їхати та шукати порятункудесь за десятки кілометрів, адже в центрі допоможуть будь-якого часу, навіть уночі. Якщо ж студенти вагаються з визначенням діагнозу й призначенням лікування, то завжди можуть через



На прийомі у лікаря-інтерна Олександрі ЛУБ'ЯНСЬКОЇ мешканка Гнилиць Галина КВЯТКОВСЬКА

Інтернет проконсультуватися з викладачами Тернопільського медуніверситету.

— До нас щодня приходять до десяти осіб, переважно люди похилого віку, яким треба виміряти артеріальний тиск, — роз-

повідає студентка 6 курсу медичного факультету Оксана Гриньків. — Дуже добре, що маємо електрокардіограф, адже коли звертаються пацієнти з ангінозними болями, то важливо одразу зробити кардіограму, аби попередити інфаркт. Тут хвилина на вагу життя.

Кожного понеділка бригада студентів змінюється. Але всі гниличани хочуть, аби практиканти залишалися хоча б на два тижні, бо до них звикають, як до рідних.

— Шкода, що приїжджаємо лише на сім днів, — додає Оксана. — Особливо вболіватимемо за старенькими людьми, бо від них відчуємо ласку й тепло, як від бабусь і дідусів. А ще вони чимало цікавого розкажуть про пережите й перебуде.

## У ЗАДУМАХ — РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР

На досягнутому сільська громада зупинятися не збирається. І спільно з медуніверситетом мріє про ще один проект.

— Вже завершується підготовка проектно-кошторисної документації на відкриття першого в Україні сільського реабілітаційного центру для людей похилого віку та інвалідів, — ділиться планами Ілько Стахурський. — Але це не буде звичайний будинок для стареньких, а місце, де наші

батьки зможуть по-справжньому відпочити, поспілкуватися, бо ж діти — на роботі, онуки — на навчанні, а вони ціліснічними днями самотні вдома.

Фінансування проекту взяв на свої плечі медуніверситет, а громада виділила ділянку під будову, опорядкувала її. Нині тут ще стоять дві старі хати, але наприкінці весни-на початку літа розпочнуться будівельні роботи, вже завезли камінь і пісок.

— Наступного року на цьому місці постануть фонтани, альтанки, маленький звіринець, невелика присадибна ділянка з квітами, — додає пан Ілько. — Людей щоранку в центр привозитиме автомобіль, а ввечері розвезитиме по домівках. Забезпечимо підопічних триразовим харчуванням, доглядом професійного медперсоналу, а ще створимо всі умови для інвалідів — навіть на візку душ можна буде прийняти.

У Гнилицях людей похилого віку чимало, тож центр не пустуватиме. Взятися допомогти й влада, завдяки Валентині Хоптяну будову забезпечать матеріалами.

— Мешканці села дуже вдячні ректору та працівникам Тернопільського медуніверситету за таку підтримку й підмогу, — каже Ілько Володимирович. — Нині в село лікарі не особливо прагнуть їхати трудитися, а такі ось медичні центри та реабілітаційні доводять, що можна створити належні умови праці, що треба шукати допомоги, стукати в двері й їх обов'язково відчинять.

Катерина НОВІЦЬКА

# ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФТИЗИАТРІЇ: СУЧАСНІСТЬ І ПЕРСПЕКТИВИ

**Туберкульоз з давніх часів уражає людство. Найдавніші сліди туберкульозного процесу знайдені в кістках трьохтисячолітньої єгипетської мумії. Датою відкриття збудника туберкульозу Р.Кохом є березень 1882 року, але перший протитуберкульозний антибіотик – стрептоміцин отримав З.Ваксман (вихідець з України) лише 1943 року. 1998 року розшифрований геном мікобактерії туберкульозу (МБТ).**

Для протистояння недужі велике значення має фінансове забезпечення протитуберкульозних програм. Незважаючи на кризу, держава підтримує протитуберкульозну службу, разом з міжнародними фондами забезпечує лікарями й необхідним обладнанням. Так в Тернопільському обл. тубдиспансері використовують автоматизовану систему «Vactec», за допомогою якої значно пришвидшується ріст МБТ і визначення їх стійкості (за класичною методикою посіву на середовище Левенштейна-Йенсена на це потрібно від 3 тижнів до 3 місяців). Водночас зменшується вплив людського чинника й ризик інфікування персоналу.

Для роботи з інфекційним матеріалом в лабораторії є ламінарні витяжні шафи, які забезпечують надійний захист не лише персоналу та оточуючого середовища, але й досліджуваного матеріалу.

Сучасним є оснащення бронхологічного кабінету. Відеоторакоскоп у хірургічному відділенні використовують як з діагностичною метою, так і для деяких хірургічних втручань. При тубдиспансері функціонує досконалий комп'ютерний томограф, необхідний у складних діагностичних ситуаціях.

Хворі на туберкульоз цілком забезпечені безкоштовно протитуберкульозними препаратами для проведення стандартизованих курсів хіміотерапії згідно зі стратегією ДОТ. Позитивним в цій стратегії є чітке визначення лікувальної тактики для різних категорій хворих, суворий контроль за процесом лікування. Завдяки організаційним заходам і контролю в Україні вдалося останніми роками дещо знизити показники захворюваності та смертності від туберкульозу. В нашій області ці показники нижчі від середньодержавних.

Проте деякі негативні явища не дозволяють сподіватися на швидкий успіх у подоланні туберкульозу. Це передусім зумовлене почастішанням ВІЛ-асоційованого туберкульозу, збільшенням кількості хіміорезистентних штамів МБТ, недосконалістю деяких методів діагностики й профілактики. Тому велике значення мають

нові наукові розробки і впровадження їх у практику. Досягнення імунології, молекулярно-біологічних методів дослідження, новітніх технологій, розшифрування геному МБТ дозволило отримати нові відомості про збудника туберкульозу, сприйнятливості організму людини до інфекції, розробити нові підходи до діагностики туберкульозу, створення протитуберкульозних препаратів, профілактики.

Першорядне значення діагностики підтверджується тим, що в світі щорічні витрати на тестування туберкульозу становлять майже 1 мільярд доларів США, а на лікування – лише 300 мільйонів. До перспективних й достатньо точних методів діагностики можна віднести полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР), з допомогою якої можна протягом 1-2 днів ідентифікувати ДНК мікобактерій у біологічному матеріалі. Технологія ДНК-мікробіоціпів (у Росії розроблений тест ТБ-БИОЧИП)



дозволяє протягом доби виявити збудника туберкульозу та визначити його чутливість до рифампіцину (що визначається мутацією в одному гені) і до ізоніазиду (мутації в 4 генах).

Для встановлення інфікованості мікобактеріями туберкульозу до цього часу єдиним тестом є туберкулінодіагностика. Проте складність інтерпретації її результатів полягає в тому, що на туберкуліновий тест (пробу Манту) реагують не лише особи, інфіковані МБТ, але також щеплені вакциною БЦЖ. Тому вкрай необхідні нові недорогі тести, які б не мали цього недоліку. Такий діагностикум під назвою «Діаскінтест» розроблений і пройшов клінічну апробацію в Росії. Для його виготовлення використані два антигени, які містяться в вірулентних МБТ людського виду, але відсутні у вакцині БЦЖ. Форма випуску та техніка виконання тесту майже не відрізняється від проби Манту, але позитивні результати отримують лише в осіб, які інфіковані МБТ. У США розроблений лабораторний тест для діагностики латентної туберкульозної інфекції (LINISPT-TB) шляхом визначення ефektorних

Т-лімфоцитів, що вивільняються гама-інтерфероном при контакті із специфічним антигеном мікобактерій туберкульозу. Тест високочутливий і не дає позитивних результатів у вакцинованих БЦЖ або інфікованих іншими мікобактеріями.

Вдосконалення лікування спрямоване передусім на створення нових протитуберкульозних препаратів. З розшифруванням генетичного коду МБТ стало можливим створення ліків, спрямованих на конкретні мішені, тим більше, що сучасні туберкулостатики діють лише на 0,5% можливих мішеней. Проте робота над випробуванням нових ліків довготривала й дорога. Від часу створення нової молекули до її використання в клініці потрібно не менше 10 років і 500 млн. доларів. Тому до цього часу найбільш ефективними залишаються два старі препарати – ізоніазид (1951 рік) і рифампіцин (1966 рік).

Пошуки неспецифічних засобів

створенням субодиничних вакцин, які містять не цілісні ослаблені мікробні клітини, а лише ті антигени, що необхідні для індукції імунітету. В ДНК-вакцинах використовують замість мікробного антигена нуклеотидну послідовність, здатну його кодувати. Така вакцина безпечна і недорога. Проте всі ці проекти на стадії випробування, але очевидно найближчим часом буде запропонована ефективна вакцина з мінімальним побічним ефектом.

Виявлені маркери генетичної схильності чи опірності людини до туберкульозу, які необхідно враховувати. Проте не втрачають першорядного значення соціально-економічні чинники.

Встановлено генетичну неоднорідність різних штамів мікобактерій туберкульозу. В зв'язку з цим проводять пошук асоціації між генотипом збудника та особливостями перебігу захворювання у конкретної людини.

Молекулярно-генетичні дослідження дають можливість припустити, що вихідні бактерії туберкульозу виникли в Африці майже 3 млн. років тому і уражали предків сучасної людини.

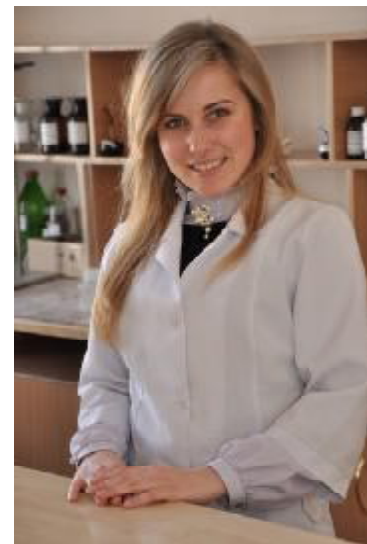
Дослідження штамів МБТ, які циркулюють на різних територіях, дозволило виділити Середньо-азійську родину (або Beijing), яка дедалі більше поширюється в Європі. Інфікування цими мікобактеріями асоціюється з низькою ефективністю лікування (стійкість до багатьох туберкулостатиків), високим ризиком рецидиву та неефективністю супроти них вакцин БЦЖ. В Одеській області розповсюдженість цих штамів становить 39,6%, в Миколаївській – 17,5%.

Генетичний аналіз збудників туберкульозу в осіб з рецидивами виявив у них несподівано часто генетично відмінний штам МБТ, ніж при первинному захворюванні, що змінює наше уявлення про переважно ендемічний механізм розвитку вторинного туберкульозу в дорослих. Відомості про генетичну неоднорідність збудника туберкульозу необхідно враховувати при плануванні методів лікування й профілактики. У світлі цих даних зростає роль інфекційного контролю не лише для запобігання інфікування здорових осіб, але також для знання загрози перехресного інфікування різними штамми хворих, які перебувають у стаціонарі. Проте основним шляхом профілактики розповсюдження туберкульозної інфекції в сучасних умовах залишається своєчасне виявлення туберкульозу та повноцінне контрольоване лікування.

Впровадження в практику нових наукових досягнень, поряд з організаційними заходами, буде сприяти більш швидкому подоланню епідемії туберкульозу.

**Марія САВУЛА,  
професор ТДМУ**

ОБ'ЄКТИВ



**Оксана ПОДОЛЯК, студентка фармацевтичного факультету**



**Абдул Рахман ДАГЕР, студент стоматологічного факультету**  
Фото Андрія ВОЙНИ

КОНКУРС

## У ТЕРНОПІЛІ НАМАЛЮЮТЬ ГЕПАТИТ

20 лютого в нашому місті стартував конкурс дитячої та юнацької творчості «Зупинимо гепатит С». Співорганізатором творчого змагання, що відбудеться в рамках проекту «Підтримка Громадської ініціативи профілактики і вилікування від гепатитів «FAQ Гепатит», виступає міське управління культури та мистецтв.

Мета заходу – повернути увагу до проблем захворюваності на гепатит С та формування у свідомості наймолодших членів суспільства уявлення про небезпеку вірусу. Конкурс має декілька напрямків: графіка, живопис, декоративно-вжиткове мистецтво, комп'ютерна графіка. Приймають лише індивідуальні роботи, надіслані в управління культури та мистецтв Тернопільської міської ради до 1 квітня 2011 року.

Роботи учасників оцінюватимуть у таких вікових категоріях: молодша (11-13 років); середня (14-17 років); старша (18-21 років). Малюнки, які братимуть участь у конкурсі, будуть в майбутньому використані у проведенні інших соціальних проектів. З 1 до 20 квітня 2011 р. журі визначає переможців творчого змагання. Після підбиття підсумків конкурсу зорганізують виставку робіт переможців та нагородять учасників подарунками.

**Лариса ЛУКАЦУК**

## ВІТАЛІЙ НАЗАРЧУК: «ГОЛОВНА УВАГА – НАВЧАННЮ»

**Віталій Назарчук – студент п'ятого курсу стоматологічного факультету, родом зі Збаража. Розповідає, що медицину полюбив завдяки батькові, який, до речі, свого часу успішно закінчив медичний факультет нашого університету (тоді ще інституту), а нині працює лікарем у Збараській центральній районній лікарні.**

– Я любив приходити до тата на роботу. Спостерігав, як він приймає пацієнтів, проникливо уважно вислуховує скарги, з'ясуовуючи історію хвороби, встановлює діагноз, лікує. Медиком за освітою та покликанням є також мамин брат. Мій старший брат теж здобув вищу медичну освіту. Він стоматолог.

**– Тож хочете продовжити родинну справу?**

– Так, з дитинства мріяв стати лікарем. Хоча в школі мені

дуже подобалася також інформатика. Уроки з цього предмету були улюбленими. Успішно виступав на олімпіадах з цієї дисципліни. Та коли закінчив 11 клас і треба було вирішувати, куди вступати, не вагався – подав документи до ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського, а також Івано-Франківського національного медуніверситету. Вступні іспити довелося складати в один день. О 9 годині ранку в Тернополі, а через дві години – в Івано-Франківську.

**– Як же ви встигли?**

– Автоматиною звідси до Івано-Франківська не так вже й далеко. Під час вступу отримав високі бали в обох ВНЗ. Для навчання за порадою батька обрав ТДМУ, який є потужним вищим навчальним закладом європейського зразка, де створені прекрасні умови для навчання та дозвілля студентів.

**– З того часу минуло п'ять років. Нині ви успішний студент, в недалекому майбутньому –**



**випускник, дипломований фахівець. Не сумно буде прощатися з альма-матер?**

– Сумно, звичайно. Адже студентські роки – найкращі. В уні-

верситеті зустрів надійних друзів, таких, як Юрій Слободян, з яким прожили в одній кімнаті в гуртожитку всі ці п'ять років. Завдяки університету от-

римав міцні знання, засвоїв необхідні для роботи практичні навички. Загалом пройшов прекрасну стоматологічну школу. Починаючи з третього курсу, після кожного семестру у нас була практика. Було дуже цікаво працювати в міській стоматологічній поліклініці як у дорослій, так і в дитячій. Вдячний старшим досвідченим колегам, які щиро ділилися зі мною своїми знаннями. Під час хірургічної практики виконував різні хірургічні маніпуляції, в тому числі й з видалення хворого зуба. Займався я й терапевтичним і ортопедичним лікуванням. Ортопедична стоматологія – моя улюблена дисципліна. У мене дядько – зубний технік. Придивлявся, як він працює, потім сам спробував. Вийшло... До речі, своїй бабусі, яка втратила зуби, допоміг позбутися «беззубої» проблеми.

**– Час на дозвілля залишається?**

– У школі займався легкою атлетикою, але нині головна увага – навчання. Хоча спорт, як і раніше, люблю і загалом є прихильником здорового способу життя. Адже шкідливі звички та медицина – речі несумісні.

**Оксана БУСЬКА,  
Андрія ВОЙНА (фото)**

### ЗАХОДИ

## СЛАВА І ВЕЛИЧ КОБЗАРЯ НЕПІДВЛАДНІ ЧАСУ

*І мене в сім'ї великій,  
В сім'ї вольній, новій,  
Не забудьте пом'янути  
Незлим тихим словом.*

10 березня студенти стоматологічного факультету Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського взяли участь у літературно-мистецькій вітальні «Зустрічі без прощань», присвяченій життю й творчості Тараса Шевченка. Такі заходи в обласній бібліотеці для молоді відбуваються не вперше.

Після цікавої та пізнавальної розповіді про перебування Коб-

заря на Тернопільщині працівники бібліотеки запросили студентів на невелику екскурсію. Про роботу відділу абонементу розповіла його завідувач Ірина Лавецька, читальної зали – провідний бібліотекар Ганна Василюк. Усі бажаючі мали змогу оформити читацький квиток, щоб надалі користуватися послугами книгозбірні. З відділом мистецтв студентів ознайомила провідний бібліотекар Леся Олійник. Зокрема, вона розповіла, що у бібліотеці зараз діє виставка заслуженого художника України Володимира Якубовського. Часто тут

відбуваються мистецькі зустрічі з талановитими студентами та випускниками медичного університету. Також у бібліотеці діють безкоштовний Інтернет-центр, відділ «Вікно в Америку», заочний абонемент німецької літератури, створений завдяки співпраці з Гете-інститутом, всесвітній відомий проєкт «Букросінг» (безкоштовний обмін книгами).

До Шевченківських днів викладачі кафедри філософії, суспільних наук та іноземних мов Марія Редьква, Вікторія Винник та Оксана Новицька вирішили ознайомити з творчістю Кобзаря іноземних студентів. Тому імпреза 10 березня в обласній бібліотеці для молоді відбулася з участю представників інших культур, а вшанування поета стало міжнародним. Іноземні студенти стоматологічного факультету, які приїхали до нас з Іраку, Ал-Султані Ахмет, Алаамері Мохамед, Мезхер Тарік, Абдулнабі Хайдер, Касім Мохаммед та Іхсан Луай декламували безсмертні поезії Шевченка «Заповіт», «Минають дні, минають ночі...», «Мені тринадцятий минало...» англійською й українською мовами. Провідний бібліотекар Леся Олійник ознайомила присутніх з фактами перебування Тараса Шевченка на Тернопільщині. Розповідь супроводжувала мультимедійна презентація. Учасники свята мали змогу по-



**У відділі мистецтв Тернопільської обласної бібліотеки для молоді (зліва направо): студент стоматологічного факультету Алаамері Мохамед, викладач кафедри філософії, суспільних наук та іноземних мов Оксана Новицька, провідний бібліотекар Леся Олійник, студент стоматологічного факультету Ал-Султані Ахмет, викладачі кафедри філософії, суспільних наук та іноземних мов Вікторія Винник та Ольга Гайда, студент стоматологічного факультету Мезхер Тарік**

бачити репродукції картин Тараса Шевченка та фото його пам'ятників у багатьох містах і селах нашого краю. Загалом у світі нараховують майже 1100 пам'ятників Тарасові Шевченку. Вони встановлені в усіх обласних центрах, багатьох містах і селах України, а також у численних столицях і містах за кордоном: у США, Аргентині, Бразилії, Канаді, Італії, Польщі, Росії, Молдові, Румунії, Білорусі та інших країнах. А «Заповіт» Тараса Шевченка перекладений на 147 мов народів світу. Такої кількості перекладів не має жоден український літературний твір.

З кожним роком відзначення Шевченківських днів набирає все нових оригінальних форм, а поета Великого Кобзаря дедалі ближча кожному українцю. І найдивовижніше, що через стільки років поезія Кобзаря залишається актуальною й нині.

*Ходімо ж, доленько моя!  
Мій друже вбогий,  
нелукавий!  
Ходімо дальше,  
дальше слава,  
А слава – заповідь моя.*

**Ольга ГАЙДА,  
викладач кафедри  
філософії, суспільних наук  
та іноземних мов**



# АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА ТЕРАПІЯ: ПРОБЛЕМИ

Початок доказової медицини припадає на 60-ті роки ХХ століття. 1965-1985 рр. на основі рандомізованих досліджень була встановлена достовірність здатності тiazидових діуретиків і бета-блокаторів знижувати серцево-судинні ускладнення та смертність при АГ. Пізніше при впровадженні в клінічну практику ІАПФ, сартанів і антагоністів кальцію отримано такі ж дані. Водночас вивчали особливості деяких гіпотензивних препаратів, їх вплив на різні органи й системи, побічні ефекти, можливі комбінації.

На основі аналізу 14 рандомізованих досліджень було виявлено, що нові гіпотензивні засоби щодо впливу на рівень АТ не мають переваг перед бета-блокаторами та тiazидовими діуретиками. Водночас виявлені відмінності щодо органопroteкції. Лозартан (сартан) має переваги перед атенололом з регресії гіпертрофованого міокарда. Бета-блокатори ефективніше запобігають раптовій серцевій смерті при виникненні фатальної аритмії.

У групах високого ризику, особливо в похилому віці, — перевага за двома комбінаціями препаратів: 1) ІАПФ + індапамід, 2) ІАПФ + антагоністи кальцію групи ніфедипіну. Найбільш широко в Європі щодо лікування АГ і профілактики інсультів стала комбінація периндоприлу та індапаміду.

Останніми роками інтенсивно вивчають вплив різних антигіпертензивних препаратів на брахіальний і центральний АТ. Якщо перший вимірюють на руці, то центральний — в аорті з допомогою спеціальної діагностичної апаратури. Центральний артеріальний тиск має більш важливе діагностичне та прогностичне значення. Саме центральний АТ моделює структурно-функціональні зміни всієї судинної системи. Поки що ми обмежуємося вимірюванням лише брахіального АТ.

Як свідчать рандомізовані дослідження, всі п'ять класів антигіпертензивних засобів знижують АТ. Чим ефективніше знижується й контролюється брахіальний АТ, тим менший ризик ускладнень, тим триваліше життя хворого. На основі дослідження EUROPA не підтверджені раніше отримані дані HOPE, що серед ІАПФ найефективніше запобігає серцево-судинним ускладненням раміприл порівняно з іншими ІАПФ. Американське товариство артеріальної гіпертензії твердить, що не лише рівень АТ визначає прогноз хворого, але важливе значення мають такі чинники ризику, як цукровий діабет II типу, метаболічний синдром, ІХС тощо.

**Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найбільш поширених захворювань на земній кулі. В Україні, як і в країнах Європи, її діагностують у кожного третього дорослого жителя. АГ – важливий фактор передчасної смерті від таких ускладнень, як інсульти, інфаркт міокарда, фатальні аритмії, серцева недостатність, раптова серцева смерть. Ефективний контроль рівня артеріального тиску (АТ) суттєво знижує ризик виникнення згаданих ускладнень і смерті. Ось чому такими важливими є дані рандомізованих досліджень і впровадження їх в лікарську практику.**

Особливої уваги заслуговує гіпотензивна терапія при поєднанні АГ з цукровим діабетом II типу. Високий ризик враження нирок з розвитком ниркової недостатності вимагає більш раннього застосування ІАПФ (сартанів) уже при рівні АТ 130/85 мм. рт. ст. Це дозволяє знизити прогресування діабетичної нефропатії. З ІАПФ перевага за лізиноприлом у зв'язку з одночасним ураженням печінки (гепатозом). Тим часом при зниженні АТ < 120/70 мм. рт. ст. у цих випадках виникають коронарні ускладнення (стенокардія, аритмія тощо). У похилому віці ризикувано знижувати систолічний АТ < 130 мм. рт. ст. при ізольованій систолічній АГ.

Не підтверджені думки щодо канцерогенних властивостей гіпотензивних засобів, їх здатності провокувати розвиток злоякісних пухлин. Ні бета-блокатори,

потрібні нові рандомізовані дослідження щодо особливостей дії згаданих класів медикаментів (органопroteкція, вплив на супутню патологію). Найбільш широко на цьому етапі в лікуванні АГ лікарі застосовують ІАПФ, що не завжди доцільно. Поки що не отримано достовірних клінічних даних про те, що молодим хворим з АГ лікування слід починати з ІАПФ.

Таким чином, на основі численних рандомізованих досліджень (ASCOT, ONTARGET, AaаHAT тощо) встановлено, що всі п'ять класів антигіпертензивних засобів достовірно знижують ризик серцево-судинних ускладнень і передчасної смерті відповідно зі ступенем зниження брахіального АТ.

Мета лікаря при проведенні антигіпертензивної терапії домогтися зниження АТ < 140/90 мм. рт. ст.. Це стосується як групи низького, так і високого ризику. Водночас недоцільно раптово знижувати АТ > 25-30 % від вихідного рівня. При АГ I і II ступенів зрідка застосовують монотерапію, а частіше — комплексну з двох гіпотензивних засобів, а при злоякісній або тяжкій формі АГ до складу комплексної терапії входять 3 препарати в максимальних дозах. Добиватися агресивно

низького АТ недоцільно, особливо систолічного АТ при ізольованій систолічній АГ в осіб похилого віку.

З врахуванням особливостей клінічної картини та ускладнень найчастіше застосовують такі комбінації: 1) бета-блокатори + тiazидовий діуретик (метопролол + гіпотіазид); 2) ІАПФ + тiazидовий діуретик (периндоприл + індапамід); антагоністи кальцію + сартан (ІАПФ) (амлодипін + лориста).

Згідно з проведеною в Росії федеральною програмою «Профілактика та лікування АГ» лише 69,5 % хворих на АГ отримують систематично антигіпертензивні засоби, а ефективне лікування зі зниженням АТ < 140/90 мм. рт. ст. досягнуто у 27,3 % спостережень. Такі ж результати отримали і в інших країнах.

**Борис РУДИК,  
професор ТДМУ**

ОБ'ЄКТИВ

(Зліва направо):  
**Володимир ЯКОВЕНКО, Андрій ЗЕЛІНСЬКИЙ та Роман БОГОНІС,**  
студенти стоматологічного факультету

Фото Андрія ВОЙНИ



НЕЗАБУТНІ

## У ПАМ'ЯТІ ВДЯЧНИХ ВИПУСКНИКІВ, ПАЦІЄНТІВ, ДРУЗІВ І КОЛЕГ

**1 квітня виповнилося 67 років від дня народження професора Віталія Курка. Він побачив білий світ у с. Краківщина Брусилівського району Житомирської області в сім'ї вчителя.**

В.С. Курко 1957 р. закінчив Соловівську середню школу Брусилівського району. Протягом двох років працював у колгоспі. 1965 р. закінчив Тернопільський



медінститут. 1965-68 рр. — хірург Троянівської дільничної лікарні Житомирського району, Зборівської районної лікарні Тернопільської області.

1968-70 рр. — клінічний ординатор, 1970-1972 рр. — асистент кафедри загальної хірургії Тернопільського медінституту. 1972 р. під керівництвом професора О.Н. Люльки захистив кандидатську дисертацію «Гістохімічні зміни в щитовидних залозах хворих на тиротоксикоз після різних методів передопераційної підготовки». Брав активну участь в оптимізації навчального процесу, зокрема, у впровадженні технічних засобів, програмованого контролю.

1972-90 рр. — асистент, 1990-92 рр. — доцент, з грудня 1992р. до квітня 1999р. — професор кафедри факультетської хірургії.

1991р. захистив докторську дисертацію «Корекція моторних порушень верхнього відділу шлунково-кишкового тракту в до- і післяопераційному періоді». 1991 р. одержав звання доцента, 1993 р. — звання професора. Автор понад 100 наукових публікацій, 2-х авторських свідоцтв на винаходи, майже 50 рацпропозицій.

В.С. Курко передчасно, раптово помер 25 квітня 1999 року.

Віталій Сергійович був висококваліфікованим хірургом вищої категорії з широким діапазоном оперативних втручань. Крім роботи у клініці, він часто виїжджав у райони області як ургентний хірург і консультант, виконав сотні складних невідкладних операцій.

Як педагог В.С. Курко був неординарним, вимогливим та об'єктивним, виховував студентів власним прикладом. Його життєвий і професійний шлях від клінічного ординатора до професора став яскравою сторінкою в історії рідного університету, прикладом для наслідування.

Праця В.С. Курка була відзначена медаллю «Ветеран праці», неодноразовими подяками й грамотами ректорату університету.

Разом з дружиною, теж лікарем, Віталій Сергійович виховав сина й доньку, які також стали лікарями: донька — терапевтом, син — оториноларингологом, кандидатом медичних наук, доцентом, завідувачем кафедри фізичної реабілітації і спорту Тернопільського національного технічного університету імені Івана Пулюя.

Ім'я професора Віталія Сергійовича Курка назавжди залишиться в історії університету, в пам'яті тисяч його випускників і вдячних пацієнтів, друзів і колег, хірургів і всієї медичної громадськості області.

**Працівники кафедри загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією і кафедри хірургії № 1**

# НА ВАРТІ ДИТЯЧОГО ЗДОРОВ'Я

## «Медико-соціальні проблеми дитячого віку» – таку назву мала науково-практична конференція, що зібрала 17 березня провідних фахівців медицини дитинства з усієї України у конференц-залі ТДМУ.

У науково-практичному зібранні взяли участь перший проректор, професор Тернопільського медуніверситету Ігор Мисула, член-кореспондент АМН України, професор Іван Сміян, завідувача кафедрою педіатрії №1 з дитячою хірургією ТДМУ, професор Ольга Федорців, завідувача кафедрою педіатрії №2, доктор меднаук Галина Павлишин, головний спеціаліст, педіатр управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА Ольга Дейнека. Прибув на цей всеукраїнський форум й особ-



**Завідуюча кафедрою педіатрії №1 з дитячою хірургією ТДМУ, професор Ольга ФЕДОРЦІВ**

ливий гість – випускник Івано-Франківського медінституту, а нині відомий у медичних колах України, Росії та далекого зарубіжжя фахівець біотичної медицини, президент Російського товариства медичної біоелементології, директор інституту біоелементології Оренбурзького державного університету, професор Анатолій Скальний.

Вивчення чинників здоров'я дитини та нові потенціали попередження й лікування хвороб дитячого віку в їхньому сучасному діапазоні – такими були домінуючі наукового форуму, що зібрал понад 200 учасників.

Обговорили науковці та лікарі-практики актуальні питання сучасного етапу дитинства, зокрема, чинники росту та розвитку здоров'я дитини, нові технології профілактики, лікування й реабілітації при поширених недугах у дітей та підлітків, методи запобігання й ранньої діагностики вроджених вад розвитку.

Показово, що форум одразу набув проблемної тональності. Аналітичною доповіддю в контексті поєднання з власними думками щодо розв'язання медико-соціальних проблем дитячого віку розпочала пленарне засідання завідувача кафедрою педіатрії та дитячої

хірургії №1 ТДМУ, професор Ольга Федорців. Доповідач оприлюднила невтішні статистичні показники, негативні чинники, що впливають нині на стан здоров'я українців. Реальну небезпеку для дитинства несе погіршення стану навколишнього середовища, а також ксенобіотики, біологічні контамінанти (зоопаразити, мікотоксини), соціально-економічні фактори. З року в рік погіршується здоров'я дітей – збільшується кількість вроджених вад розвитку, зростають алергічні, онкологічні, ендокринні захворювання, а також показники смертності, наростає зобна епідемія. Приміром, серед 250 видів гельмінтів, які здатні паразитувати в організмі людини, в Україні за офіційними даними поширені 30 видів. Насправді ж кількість хворих на гельмінтози в Україні значно більша. Взяти до уваги хоча б такий факт: за статистикою 2004 року в нашій державі виявили 320 814 випадків гельмінтозів, водночас аптечна мережа продає 4 165 500 упаковок антигельмінтних препаратів. Через те, що мешканці України часто їздять за кордон, можливе завезення «екзотичних» паразитів з інших країн. У нашій країні 75% виявлених гельмінтозів становить ентеробіоз (гострики), 20% – аскаридоз. Останнім часом стало більше тих гельмінтозів, які раніше були рідкісним явищем: опісторхоз, ехінококоз, дирофіліріоз тощо. Кількість випадків дирофіліріозу зросла у 52 рази. Почастішав токсокароз, збудником якого є собачі аскариди.

Назвала Ольга Федорців й проблеми, що значно ускладнюють ситуацію щодо туберкульозу серед дітей – знову зафіксовано такі форми, як казеозна пневмонія та міліарний туберкульоз, що були рідкістю, якщо не забути. Частіше стали реєструвати фіброзно-кавернозний туберкульоз, ізольоване ураження бронхів та ексудативний плеврит. Не оминула науковець й аспекти психосоматичних захворювань у дітей

Тому головним напрямом у вивченні патології дитячого віку, як зазначила Ольга Федорців, повинно стати виявлення хлопчиків і дівчаток з підвищеним ризиком для здоров'я. Головним же принципом здорового харчування дітей раннього віку – максимально тривале грудне вигодовування. Аби мінімізувати порушення стану здоров'я дітей внаслідок різних негативних



**Доценти ТДМУ Любов ВОЛЯНСЬКА та Інна САХАРОВА**

екологічних факторів, необхідно продовжувати не лише моніторити їхнє здоров'я, але й поглиблено науково вивчати ці біологічні ефекти задля своєчасної корекції існуючих профілактичних і реабілітаційних заходів. Важливим фактором тут є тісна співпраця з різними громадськими організаціями, що займаються проблемами екології. Варто також розробляти скринінгові методи діагностики ранніх проявів патології в дітей.

Принципи лікування та профілактики дитячих хвороб повинні базуватися насамперед на розумінні психосоматичної суті патології, важливо зважати ще й на екологічні чинники формування захворювання, вважає доповідач.

Свою доповідь президент Російського товариства медичної елементології, директор інституту біоелементології Оренбурзького державного університету, професор Анатолій Скальний присвятив особливостям мікроелементозів у дітей.

Варто зауважити, що останнім часом для сучасної медицини стали надзвичайно актуальними дослідження біологічної ролі мікроелементів. В Росії, скажімо, цю проблему активно вивчають вже понад 20 років. Примітно, що найбільш вразливими щодо дефіциту хімічних елементів є діти та підлітки в період інтенсивного росту.

– В Україні ми комплексно обстежили понад 10 тисяч мешканців і виявили, що найбільш поширеним є дефіцит цинку, кобальту, – зазначив у своєму виступі Анатолій Скальний. – А ще помітили нестачу



**Член-кореспондент АМН України, професор Іван СМІЯН, перший проректор, професор Тернопільського медуніверситету Ігор МИСУЛА**

простіше й швидше діагностувати – побачити неозброєним оком, пропальпувати, але на тлі інших імунодифіцитних станів ці недуги не такі вже й страшні. Позаяк за впливом на організм їх не порівняти з нестачею заліза, магнію чи селену, дефіцит яких без спеціальних лабораторних досліджень не визначиш, вони, як бомба сповільненої дії, дримають у дитинстві, аби «вибухнути» важкими хворобами у дорослому віці.

До слова, виступаючи на засіданні Державної думи, Анатолій Скальний так і виголосив народним обранцям: «Якщо хочете мати здорових солдатів, мудрих робітників, студентів, науковців – подбайте про їхнє харчування в дитинстві. Якщо малюк не буде отри-

виступаючи перед присутніми, професор Галина Павлишин акцентувала на використанні комплексу сучасних нейрофункціональних методів дослідження в поєднанні з оцінкою стану енергетичного обміну, які дають можливість ранньої діагностики церебральних ушкоджень з наступним удосконаленням методів лікування та реабілітації такої категорії дітей.

З цікавою доповіддю про нові методи профілактики та лікування йододифіцитних недуг у дітей виступив професор Інституту гігієни та медичної екології ім. Марзєєва АМН України Віталій Корзун. У своїй доповіді він наголосив на необхідності застосовувати мікроелементи у композиціях, а не у вигляді монопрепаратів, розповів про методи профілактики йодування індивідуальної йодної профілактики (вживання морепродуктів, водорісних харчових продуктів), важливості так званої масової йодної профілактики (йодування продуктів – олії, солі, хліба, сирків, води).

У рамках наукового форуму проведено круглий стіл «Планова вакцинапрофілактика в період реорганізації охорони здоров'я України», тема якого прозвучала у світлі останніх подій реорганізації охорони здоров'я України. Йшлося про планову вакцинапрофілактику, її завдання з максимального охоплення декретованих верств дитячого населення календарними щепленнями, про забезпеченість вакцинами на місцях, про протидію антивакцинальним рухам, що активізувалися останнім часом. Теоретичні основи становлення поствакцинального імунітету доступно висвітлив професор Ігор Господарський у своєму виступі «Імунопрофілактика та проблемні питання становлення специфічного імунітету». Поділилася практичним досвідом кандидат медичних наук, представник Західноукраїнського дитячого медичного центру, головний позаштатний спеціаліст з питань вакцинапрофілактики Л.І. Бобер. Вона мовила про завдання, які вирішує активна імунізація маленьких мешканців України. Також доповідач акцентувала увагу на пріоритетах застосування комбінованих вакцин. Продовжила тему вакцинапрофілактики й доцент Тернопільського медуніверситету Любов Волянська. Йшлося про обґрунтування вакцинації проти ротавірусної інфекції. Ротавірус – основна причина гострої діареї у дітей раннього віку. (Закінчення на стор. 9)



**Професор Віталій КОРЗУН (Інститут гігієни та медичної екології ім. А.Н. Марзєєва), професор Анатолій СКАЛЬНИЙ, директор інституту елементології Оренбурзького державного університету**

чу в організмі ваших співвітчизників такого мікроелементу, як залізо. Гадаю, причиною цієї ситуації є недоїдання, зокрема, люди не в достатній кількості отримують білки тваринного походження, а, як відомо, саме вони є головними постачальниками цих мікроелементів. Скажімо, цинк важливий для того, щоб дитинка ще у лоні матері гарно розвивалася, досягла своєчасної зрілості, набрала належної ваги. Тому його дефіцит доволі часто є причиною недостатньої ваги у дітей, передчасних пологів, вад розвитку, особливо нервової системи.

Стосовно недуг, викликаних дефіцитом йоду, то вони в Україні, звісно, існують. До того ж, за словами Анатолія Вікторовича, позиціонуються, як більш поширені, можливо через те, що ці захворювання

мувати повноцінного харчування, то в майбутньому держава не отримає здорового громадянина, бо ж саме у цьому віці закладається його здоров'я. Ось така формула здорової нації загалом. Здолати її в Росії вирішили шляхом реформи шкільного харчування, увівши в учнівський раціон продукти, збагачені необхідними мікроелементами та вітамінами, сподіваюся, що й Україна також про своїх мешканців подбає».

Нейрофункціональним методикам діагностики та корекції цитоенергетичної дисфункції в ранній реабілітації уражень нервової системи присвятила своє дослідження група науковців – член-кореспондент АМН України, професор І.С. Сміян, доктор медичних наук Г.А. Павлишин, А.П. Філюк, А.О. Скворонська.





## НА ВАРТІ ДИТЯЧОГО ЗДОРОВ'Я

(Закінчення. Поч. на стор. 8)

Вірус активно розповсюджується при контакті руки-рот, що особливо важливо для дітей до п'ятирічного віку. Збудник досить стійкий у навколишньому середовищі і може зберігати життєздатність протягом кількох місяців. Ротавірусна діарея – найбільш розповсюджена причина шпиталізації дітей. Ця інфекція через швидкий розвиток зневоднення часто загрожує здоров'ю і навіть життю дитини. Найбільш ефективний метод профілактики ротавірусної інфекції є вакцинапрофілактика, що забезпечує максимально ранній захист, оскільки вакцинація розпочинається у 6-тижневому віці і завершується в 10-тижневому (дві дози). Суть нової вакцинації ротариксом у забезпеченні максимально раннього захисту, що співставно із захистом, отриманим під час перенесеної ротавірусної інфекції. Перевага вакцинації ротариксом у застосуванні через рот, що зменшує негативізм і батьків, і дітей до щеплень, які переважно є ін'єкційними. Вакцинація



Головний спеціаліст-педіатр головного управління охорони здоров'я ОДА Ольга ДЕЙНЕКА

забезпечує захист від помірно тяжкої та тяжкої ротавірусної інфекції, попереджує шпиталізації, пов'язані з ротавірусною інфекцією, зменшує поширеність захворювання, послаблює соціально-економічне навантаження для сім'ї та держави загалом.

На другому секційному засіданні також прозвучало чимало цікавих доповідей. Зокрема, кандидат медичних наук кафедри загальної практики-сімейної медицини Харківського медичного університету Ірина Пасічник досліджувала роль психосоціальних аспектів у формуванні синдрому жорстокого ставлення до дитини на перинатальному етапі та вела мову про його профілактику. Вона провела анонімне анкетування 150 матерів, проаналізувала соціальні та психологічні фактори впливу на майбутню дитину, мовила про реалізацію нової форми надання інформації з питань усвідомленого батьківства. «Час рятувати ще ненароджену дитину», – це індієське прислів'я прозвучало референном яскравої доповіді науковця.

Лариса ЛУКАШУК,  
Андрій ВОЙНА (фото)

## ТРИВАЄ БОРОТЬБА З «ПАЛИЧКОЮ КОХА»

У багатьох частинах світу ця хвороба вийшла з-під контролю, тому в серпні 1993 року Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила, що туберкульоз наразі є «глобальною надзвичайною ситуацією».

В Україні епідемія туберкульозу офіційно зареєстрована з 1995 року, щогодини реєструється чотири нові випадки захворювання на туберкульоз і один випадок смерті. Враховуючи це, в січні 2009 року Міністерство охорони здоров'я України заявило про те, що в країні спостерігається надзвичайна ситуація із захворюваністю на туберкульоз, позаяк масштаби поширення захворювання, смертність та інвалідність від нього є реальною загрозою для національної безпеки. Ситуація щодо туберкульозу стала ще й соціальною.

Як розповіли в обласному протитуберкульозному диспансері, взято на облік 594 краян. Примітно, що захворюваність зменшилася з 56,3 до 54,7 на 100 тис. населення. Щодо захворюваності на легеневий туберкульоз, то вона

**24 березня відзначили Всесвітній день боротьби з туберкульозом. Саме цього дня 1882 року німецький мікробіолог Роберт Кох оголосив про власне відкриття – збудника туберкульозу.**

також зменшилась – з 49,9 до 46,6 на 100 тис. населення.

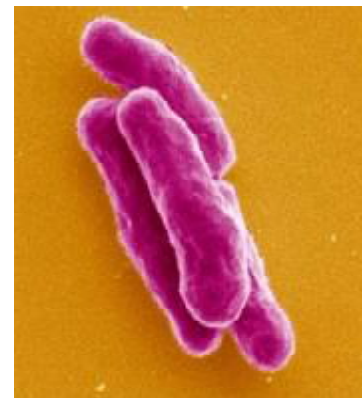
При профілактичних оглядах виявлено 375 хворих. Найвища захворюваність, як свідчать медики, на легеневий туберкульоз у Заліщицькому, Козівському, Терновлянському, Борщівському, Підгаєцькому районах. Захворюваність на деструктивний туберкульоз торік не змінилася і становить 22,2 на 100 тис.

Серед уперше виявлених хворих 355 осіб – мешканців сільської місцевості. Захворюваність серед цієї категорії становить 57,7 на 100 тис. населення. Найвища захворюваність на легеневий туберкульоз спостерігається серед сільських жителів у Бережанському, Терновлянському, Заліщицькому та Козівському районах. Помітний ріст питомої ваги бацилярних форм туберкульозу – з 49,4 до 50,8 на 100 тис. нас., а деструктивних з

46,3 до 50,8 на 100 тис. населення.

Варто зауважити, що на збільшення рівня захворюваності та смертності від туберкульозу в Україні впливають численні соціально-економічні чинники, серед яких – недостатнє фінансування протитуберкульозних заходів, дефіцит кваліфікованих медичних кадрів, недостатнє відповідного устаткування. Крім того, тривалий час в Україні не повною мірою виконували протитуберкульозні заходи, передбачені державними програмами. Серед причин епідемічної ситуації в Україні – низький рівень життя та санітарної культури населення, недостатнє й неякісне харчування, зростання кількості бездомних і безробітних, недоступність меддопомоги і ліків, проблеми системи охорони здоров'я.

Всесвітній день боротьби з туберкульозом цього року відбувається у рамках дворіч-



Паличка Коха (мікобактерія туберкульозу)

ної кампанії «Боротьба з туберкульозом триває», що має на меті надихнути на інновації у вивченні та лікуванні цієї недуги.

Серед заходів глобального плану «Зупинити туберкульоз» 2011-2015 років – переорієнтація методів боротьби з ліквідації туберкульозу, використання нових експрес-тестів для визначення палички Коха, прискорених схем лікування й застосування ефективних вакцин. У ньому також міститься інформація для програм суспільної охорони здоров'я про шляхи забезпечення загального доступу до лікування від ТБ, у тому числі шляхи модернізації діагностичних лабораторій та впровадження новітніх лабораторних методик.

Підготувала Лілія ЛУКАШ

ВОДНІ РЕСУРСИ

## НАЙВАЖЛИВІШИЙ ПРИРОДНИЙ ДАР

**Починаючи з 1993 року, 22 березня стали відзначати Всесвітній день водних ресурсів. Людям впродовж усього існування було відомо, що життя без води неможливе. Вода є найважливішим природним даром, який маємо. Такі цінності, як нафта або золото, не мають ані найменшого значення, якщо немає води.**

За словами відомого письменника-фантаста Артура Клеркіза, нашу Землю потрібно називати не «землею», а «океаном», адже понад 70 % території планети покрито морями й океанами. При цьому 97 % всієї води на Землі складає солоня вода морів та океанів, і лише 3 % – прісна (3/4 прісної води – це льодовики, 1/4 – вода в підземних джерелах, річках та озерах). До того ж лише 1 % прісної води доступний, тобто, всього лише 1 з 3 334 склянок води.

Вода є визначальним фактором для всіх форм життя на Землі, і тому вона вкрай необхідна для економічного та соціального розвитку суспільства. Особливе значення для людини має прісна вода. Екологи не втомлюються нагадувати про те, що запаси прісної води на планеті постійно виснажуються, що понад 1 мільярд людей на Землі п'ють

непридатну для споживання воду, а 2,4 мільярда (40 % населення планети) не має водоочисних споруд. Нарешті, 3,4 млн. осіб в світі, головним чином діти, щорічно вмирають від захворювань, викликаних поганою якістю води.

За даними Всесвітньої метеорологічної організації, до 2020 року з нестачею питної води можуть зіткнутися всі мешканці планети. І хоча земля потенційно має в своєму розпорядженні достатню кількість водних запасів, розподілені вони украй нерівномірно. Глобальне потепління клімату та зміна у зв'язку з цим гідрологічного циклу робить нині проблему прісноводних запасів гострішою, ніж будь-коли.



Що стосується України, то тепер більше половини водних ресурсів країни не відповідає стандартам і нормам, а 1200 населених пунктів змушені користуватися привозною водою. Найбільш забрудненими є як підземні, так і поверхневі води південних і східних областей та Криму. Також далекі від належного підземні води Київської, Черкаської та Львівської областей.

Проблема стану водних ресурсів залишається актуальною для всіх водних басейнів України. Найгостріше це питання стосується Дніпра, Сіверського Дінця, річок Приазов'я, деяких приток Дністра та Західного Буга, де якість води класифікую-

ють, як «дуже брудну». За даними інституту «Укрводгео», щодня у водоймища країни скидають понад 10,6 тис. куб. метрів неочищеної і недостатньо очищеної стічних вод.

В Україні на людину доводиться 1700 м<sup>3</sup> питної води на рік, а у Франції – 4570 м<sup>3</sup>. Пересічний міський українець витрачає щодоби майже 320 літрів води, в Європі ця цифра складає 100-200 літрів. На що, здебільшого, витрачають питну воду в домашньому господарстві наші співвітчизники змиви в туалеті – 35-45 %; використання душу/ванни – 20-30 %; приготування їжі – 5-10 %; прання білизни – 8 %; миття посуду – 5 %; на інші потреби – 2 %.

Щорічно одну з установ ООН призначають координатором заходів Всесвітнього дня водних ресурсів і вона відповідає за просування нової теми під керівництвом Адміністративного комітету з координації. Основна мета проведення цього дня – сприяти запровадженню відповідних заходів для розв'язання проблеми постачання населенню питної води; інформація громадськості про важливість охорони та збереження ресурсів прісної води й водних ресурсів загалом. Це день усіх і кожного землянина.

Олена ЛОТОЦЬКА,  
доцент кафедри  
загальної гігієни та екології  
ТДМУ

# ФІЗИК, ЯКИЙ ПИШЕ ВІРШІ

час евакуації. Вицілили лише три полотно: «Плебанія», «Натюрморт» і «В колі друзів». Ці картини зберігаються в колекції Миколи Колесси.

Останніми роками свого життя дядько важко хворів і вже не міг приїхати з Канади в Україну. До самої його смерті 2002 року ми листувалися.

**— Романо Богдановичу, на завершення нашої розмови — кілька слів про свою сім'ю.**

— З дружиною ми вже 30 років разом. Poznayomilisya, коли я викладав в Тернопільському технічному університеті (тоді це був філіал Львівської «Політехніки»). Лілія була моєю студенткою. Старанною й дуже гарною. Закохався в неї з першого погляду. Потім разом працювали на одній кафедрі. Одружилися. Виростили двох доньок. Софія та Христина закінчили ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського. Софія працює асистентом кафедри внутрішніх хвороб, Христина — старший лаборант. Обидві мають вже свої сім'ї. Підрастають онуки Тадей і Вікторія — наш найцінніший скарб.

**— Рекомендації для вступу в Національну спілку письменників України Вам написав, зокрема, блискучий перекладач, чие ім'я відоме і в Україні, і в світі, Анатоль Перепада. З вашого дозволу, процитую написане ним:**

«Відомо, що найважче даються нашому братові переклади з російської. Тут критиком може бути кожен читач. Роман Ладика розвивав свій хист перекладача, взявшись переносити на рідний ґрунт Єсеніна та Тютчева. Ладика вміє, не відходячи від первотвору, знайти найкраще стилістичне розв'язання, продемонструвати багатство української лексики, високу культуру віршу. Враження від його інтерпретації Тютчева не блідне навіть, коли читаєш переклади цього ж автора корифеїв нашого перекладацького ремесла. Успішно він доносить до нашого читача й польську поезію».

**— Романо Богдановичу, ви стали членом Національної спілки письменників України, з чим вас і вітаємо. Хай вам пишеться ще з більшим натхненням. Бажаю також плідної наукової і педагогічної діяльності.**

Оксана БУСЬКА

Роман Ладика – кандидат фізико-математичних наук, доцент кафедри медичної інформатики й фізики ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського. А ще Роман Богданович є автором двох поетичних збірок, цікавої й пізнавальної літературної розвідки «Феномен любові Федора Тютчева та трьох збірок віршів Федора Тютчева, Сергія Єсеніна й Івана Буніна в перекладі українською. Незабаром вийде друком його нова книга – український переклад любовної лірики Олександра Пушкіна «Я вас любив».

лентина Корнієнко вже немає з нами. Через підступну хворобу згасло його життя. Але пам'ять про наставника й друга завжди житиме в моєму серці.

**— Твори, які Ви переклали, виходять в серії «Шедеври світової поезії» за фінансової підтримки обласної ради та облдержадміністрації. З якими видавництвами співпрацюєте?**

— З видавництвом «Рада», «Богдан», де, власне, й започаткували серію «Шедеври світової поезії». Не одразу наважився на участь в цьому проєкті. Адже планка дуже висока. Але підтримка редакторів видавництва і, зокрема, Бориса Щавурського, додала відваги.

**— Читачам подобається, що текст у вашому перекладі максимально близький до оригіналу. І водночас це не буквализм.**

— Якщо перекладач випадає з авторського тексту, то це вже переспів. Читачу ж завжди хочеться чути автора, а не тлумача. Переспіви не цікаві. Як і буквализм. Головне — знайти потрібне слово, не наслідуючи когось. Скажімо, у вірші Сергія Єсеніна «Собаці Качалова» є такий рядок: «Ты по-собачьи дьявольски красив». Я переклав його так: «Ти з біса гарний на собачий штиб». Тобто, сказано те саме, але по-українськи.

**— Кажуть, рукою поета керує Бог. Але коли? Вранці, увечері, вночі?**

— Я «сова», тож найкраще мені працюється ввечері. Можу засиджуватися за письмовим столом допізна. Хоча натхнення не приходить на замовлення. Дуже багато залежить від настрою, від того, більше суму в душі чи ра-

дості. Є натхнення — пишеться легко. Ні — то треба взяти творчу паузу, дочекатися нової смуги в житті. Фізика й поезія — далекі одне від одного стихії. Як вдається сполучити їх — сам не знаю. Найбільш плідно пишеть-



ся під час літньої відпустки. Тоді більше працюю фізично, роблячи вдома ремонт. Щоб відпочити від роботи — ходжу засмагати на Тернопільський став. А в перерві сідаю за письмовий стіл. Пишу ручкою. В цьому плані я консерватор. Потім прошу доньок набрати на комп'ютері те, що я написав. Почерк маю гарний, розбірливий. Уроки каліграфії в школі не забулися.

**— Хто з класиків літератури та сучасних авторів подобається Вам найбільше?**

— Завжди цікаво перечитува-

ти Шекспіра. З українських письменників найбільше люблю Михайла Коцюбинського. З поетів — раннього Тичину, Богдана-Ігоря Антонича, Микола Вінграновського. І тих поетів, яких перекладаю. Зараз це Олександр Пушкін. У збірку, яка, сподіваюся, вийде вже цього року, увійдуть вірші Пушкіна, присвячені жінкам, темі кохання. Всього — 57 поезій, які я переклав українською.

**— Кажуть, талант не можна ні купити, ні здобути, ні випросити. Але його можна передати в спадок. З якого кореня виростала ваша поетична творчість?**

— Я народився в Тернополі. Батько шоферував, а відтак після закінчення технікуму працював в торгівлі. Складний й багатий на події та випробування життєвий шлях випав на долю мого дядька по батьковій лінії. Володимир Гаврилюк був відомим художником і поетом, по братимом Богдана-Ігоря Антонича. Він народився у Львові 1904 року. Молодість припала на період між двома світовими війнами. Разом з Миколою Колесою, Антоном Малюцюю, Богданом-Ігорем Антоничем Володимир Гаврилюк належав до Львівського богемного товариства «Альбатрос». Митрополит Андрей Шептицький, взявши під свою опіку молодих художників, сприяв відкриттю у Львові школи Новаківського, звідки вийшла ціла плеяда талановитих майстрів пензля. Серед них був і Володимир Гаврилюк. Після Другої світової війни він емігрував. В умовах несвободи союзних часів наша сім'я нічого не знала про його долю. І лише коли Україна стала незалежною, вдалося відновити родинні зв'язки. На жаль, більшість картин Володимира Гаврилюка загинула під

## З ПЕРЕКЛАДІВ РОМАНА ЛАДИКИ

### ВЕСНЯНА ГРОЗА

з Ф.Тютчева

Люблю грозу в травневу пору,  
Коли весняний перший грім,  
Немовби граючись, бадьоро,  
Гуркоче в небі голубім.

Гримлять розкоти щохвилини,  
Ось дощик бризнув, пил летить,  
Повисли краплі, мов перлини, —  
Намисто сонце золотить.

З гори потік швидкий збігає,  
Пташиний не стихає гам,  
І шум у горах, шум у гаю, —  
Усе підспівує громам.

Ти скажеш: легковажна Геба,  
Поївши Зевсові орла,  
Громокипучий кубок з неба  
На землю з сміхом пролила.

### СОБАЦІ КАЧАЛОВА

з С.Єсеніна

На щастя, Джиме, лапу дай,  
Такої лапи я не бачив зроду.  
При місяці погавкаєм давай  
На тиху і дрімотливу погоду.  
На щастя, Джиме, лапу дай.

Будь ласка, не лижися, мов дитя.  
Хоч найпростіше спробуй зрозуміти.

Ти ж бо не знаєш, що таке життя,  
Не знаєш, що на світі варто жити.

Хазяїн твоїй, відомий на весь світ,  
Юрбу гостей вітати в себе радий,  
І кожен гість з усмішкою спішить,  
Щоб оксамитну шерсть твою погладить.

Ти збіса гарний на собачий штиб,  
Своєю щирістю мастак всіх чарувати.  
Й нахрапом, не спитавшись, лізеш ти  
Мов п'яний друг, одразу цілуватись.

Мій любий Джиме, між гостей твоїх  
Усяких і не всяких є чимало.  
А та, сумна й мовчазніша за всіх,  
У дім випадком ще не зазірала?

Вона прийде, даю тобі поруку,

Ти їй без мене в очі подивись  
Та ще лизни за мене ніжно руку  
За все, в чім винен і не провинивсь.

### СУМЛІННЯ

з Ю.Словацького

Прокляв її...самотньою навік залишив,  
І поки зблиснув місяць у вечірній час,  
Велике озеро вже розділяло нас.  
Коли ж узор на ньому місяць сріблом вишив,  
І стали холодніші подихи борею,  
Я ще хутчіш летів, щоб розлучитись з нею.

І, може би, забув — бо мчав

шалено кінь,  
Бо рвали думи на шматки дзвінки копита.  
О, де вона? — ошукана — прокляттям вбіта...  
Дивлюсь на озеро, на зорі, в далечинь...  
Ні зойк, ні плач її сяди не долітають.  
То не вона, то хвилі озера ридають.  
І, може би, забув...та місяць спостеріг  
Усе, і вперто по п'ятах за мною біг.  
Я марно вів коня зміїстими стежками,  
Він кидав світла стовп на всі мої дороги,  
Немов та жінка падала мені у ноги,  
Безмовна від плачу, з простертими руками.

# БЕРЕЗОВИЙ СІК ПОРЯТУЄ ВІД ВЕСНЯНОГО АВІТАМІНОЗУ, БЕЗСИЛЛЯ ТА ДЕПРЕСІЇ

**Навесні почуваємося стомленими, безсилями та сонними. Зате природа навколо нас оживає. І хоча ще лежить сніг, а дерева стоять голі й темні, в них вирує енергія, яка допоможе й людині ожити та прокинутися від зимової сплячки.**

## ЛІКУЄ ЗСЕРЕДИНИ ТА ЗЗОВНІ

За зиму організм людини вичерпує запаси вітамінів та мінералів, що й спричинює її млявість, загострення хвороб, підвищену стомлюваність, знижує опірність організму. Але мудра природа підготувала нам свої дари, які є чудовими оздоровчими засобами. Тому не пропустіть сезон березового соку.

Березовий сік – чудовий тонізувальний напій, що поліпшує загальне самопочуття, робить людину бадьорою, наповнює силами. А ще – це ефективний засіб у разі набряків, захворювань нирок і сечового міхура, ниркової хвороби. Він має сечогінну та протизапальну дію. Цей сік використовували у лікуванні анемії, фурункульозу, подагри, артриту, ревматизму, трофічних виразок, туберкульозу. У разі вугрів і пігментних плям на обличчі ним умивалися, а на екземи та лишай

так. У молодих деревцях цвяхом чи шилом роблять отвір, куди вставляють трубочку чи лубок, по яких сік скапуватиме в посудину. У дорослих дерев отвір роблять за допомогою свердла невеликого діаметра – майже 3 мм. Упродовж сезону з молодого дерева можна отримати ледь не 30 л соку, зі старшого – до 100 л.

Але хочеться відразу звернутися до всіх, хто братиме участь у зборі соку: будьте дуже обережними, щоб не зашкодити дереву. Після того, як сік закінчив капати, вставте в дірочку заздалегідь заготовлений кілочок та замажте її пластиліном, воском чи фарбою. І не забудьте подякувати дереву за те, що воно віддало вам свій сік. Що краще поводитиметеся з деревом, то цілющий ефект отримаєте від його дарів. Недаремно ж наші предки спеціально готувалися заздалегідь, щоб вирушити на збирання природних дарів. Зокрема, вони чисто вимивали своє тіло, надягали випраний і випрасуваний одяг та читали молитви. Під час збирання фітосировини примовляли до рослин, просячи віддати свої цілющі властивості. Сучасні науковці довели, що такі дії мають під собою серйозне підґрунтя, адже вода структурізується під впливом звуків

## КВАС

З березового соку можна приготувати квас. Для цього сік потрібно підігріти до температури 30-35°C, додати дріжджі (15 г на 1 л соку), посудину щільно закупорити й поставити в темне холодне місце. Через 2-3 дні квас буде готовий. Він дуже смачний та корисний, зберігається протягом трьох місяців.

У давнину з березового соку готували вино. В одному відрі соку розчиняли 200 г цукру й варили його на малому вогні на 1/3, збираючи піну. Потім сік фільтрували через густе сито чи полотно та додавали нарізаний шматочками лимон. Як сік охолоджувався до температури 30-35°C, до нього додавали 1 ложку дріжджів. Коли з'являлася піна, її знімали ложкою, а сік розливали в пляшки, закупорювали, ставили в холодне темне місце. Через 2-3 місяці вино готове до вживання.

## БЕРЕЗОВІ БРУНЬКИ

При спазмах і розладі шлунка допомагає настій березових бруньок. 2 чайні ложки бруньок заварити, як чай, в 1 склянці окропу. Випити за 2 дні в 3 прийоми. Настоянка бруньок берези сприяє загоєнню виразки шлунка та дванадцятипалої кишки. Залити 50 г бруньок 500 мл горілки та дати настоятися протягом 10 днів. Приймають настоянку по 1/2-1 чайній ложці з водою тричі на день за 15-20 хвилин до їжі. Ватку з настоянкою прикладають до хворого зуба.

Відвар і настоянка березових бруньок є народним кровоспинним та ранозагоювальним засобом. Відвар готують з 1 чайної ложки березових бруньок і половини склянки окропу. Для настоянки беруть 25 г бруньок на 100 мл спирту і настоюють суміш протягом 8 днів. Відвар, приготовлений з 10 г бруньок на склянку води, дають жінці під час менструації для полегшення відходження крові, а в післяпологовому періоді для полегшення й прискорення післяпологового очищення.

Настій бруньок берези п'ють при набряках: 1 столову ложку бруньок залити півлітра окропу, настояти протягом годи-



ного маргарину, 10 г бджолиного воску і 1 столову ложку олії. Розпирити суміш на водяній бані та додати 1 чайну ложку розчину вітаміну А.

**Мазь для дуже сухої шкіри:** розтопіть ланолін і змішайте його зі спиртовою настоянкою бруньок у співвідношенні 1:2. Коли ланолін остигне, злийте надлишок рідини. Цю мазь можна з успіхом використовувати при подразненні та запаленні шкіри.

## Настій для догляду за жирною шкірою

**обличчя:** приготуйте настій з 1 столової ложки березових бруньок, 5 чайних ложок води і 2 столових ложок відвару листя берези. Настояєм протирають шкіру.

Соком берези ополіскують голову для підтримання здорового стану шкіри, видалення лупи й поліпшення росту волосся. Для зміцнення й оздоровлення волосся 2 столові ложки дрібно нарізаного листя берези заливають 200 мл окропу, настоюють 15-20 хвилин, потім проціджують. Отриманим настоєм ополіскують волосся після миття голови. Процедуру виконують двічі-тричі на тиждень протягом 1 місяця. Ополіскування настоєм з березового листя зміцнює волосся, робить його блискучим і шовковистим. Корисно при жирній лупі.

**Добре стимулює ріст волосся настій із бруньок і листя берези.** 1 столову ложку бруньок і листя берези залити 300 мл окропу, настоюють 2 години, потім проціджують. Настій втирають в шкіру голови після кожного миття. Від випадіння волосся використовують відвар берези під час миття голови.

**При запаленні очей** надають допомогу примочки з відвару бруньок берези. 3-5 г сухих нирок або 8-10 г сухого листя залити 0,5 л гарячої води, прокип'ятити 15-20 хвилин. Потім процідіть і доведіть об'єм до вихідного. Якщо у вас швидко втомлюються очі й навколо них з'являються зморшки, ефективним засобом боротьби є холодні примочки з настоєм листя берези.



робили з нього примочки. Зазвичай лікувально-оздоровчий курс березовим соком триває місяць. У цей період його потрібно випивати по 3 склянки на день. Щоб заготовити березовий сік про запас, його розливають у пляшки (в кожену можна додати по 2 ч. л. цукру) і зберігають у погребі чи холодильнику.

Збирати сік потрібно з дерев, які розташовані подалі від промислових зон і автомобільних трас. Його добувають

навоколишнього середовища. (Ось чому під час збору деяких рослин травознавці йшли далеко від населених пунктів, щоб «не було чути голосу півня»). А сік рослин і дерев – це не просто вода. Він вбирає в себе всі вітаміни та мікроелементи рослини, які й оздоровлюють і лікують людину. Тому дуже важливо не зіпсувати структуру цього соку брутальними думками, словами, поведінкою, а, навпаки, наповнити його позитивом.

МУДРОСЛІВ'Я

РУБРИКУ ВЕДЕ ПРОФЕСОР БОРИС РУДИК

## НАРОД СКАЖЕ, ЯК ЗАВ'ЯЖЕ

Багатство забирає свободу і не дає щастя.

Базарні торгівці з дипломами юристів.

Вбивця побажав залишитися невідомим.

Вся правда багатого в його грошах.

Красти — злочин, багато красти — бізнес.

Красти набагато легше, ніж заробляти.

Коли б не бас, то б свині пас.

Малий бізнес годує великий бізнес.

Можемо пояснити навіть те, що неможливо зрозуміти.

М'яко пан стелить, та твердо спати.

Отакі пани — на трьох одні штани.

Природа сама створює геніїв.

Пиши, бабо, хоч в ООН, все одно прийде в район.

Політика без моралі — це автомобіль без гальм.

Пенсія — це початок кінця життя.

Світ не без добрих людей, але як їх знайти.

Сім років рибачив, але моря не бачив.

Сонце в мішок не сховаєш.

Сонце світить всім, але шкідливе для тих, хто немає даху над головою.

Сумління мучить тільки добрих людей.

Таланти цінуємо тоді, коли заганяємо їх в домовину.

Фінансовий геній — це тоді, коли чоловік заробляє грошей більше, ніж витрачає його дружина чи коханка.

Хто переживає, тому Бог допомагає.

Хто мало вкрав, той сидить у тюрмі, а хто багато — сидить на горі.

Хочу туди, не знаю куди.

Ціни, як чужі діти, зростають непомітно, але досить швидко.

Чужі гріхи перед очима, а свої за плечима.

Який ти незалежний, якщо від тебе нічого не залежить.

ОБ'ЄКТИВ

Юлія ГРИНДЮК, студентка фармацевтичного факультету

Фото Андрія ВОЙНИ



Відаєте?

## З ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ

Найдавнішим випадком хірургічного лікування, що згадується в писемних джерелах, є, зокрема, «резання желве» — вирізання пухлини, зроблене 1076 року Святославу Ярославичу.

Першою на території України лікарнею-притулком вважають ту, що була відкрита в XI ст. у Печерській лаврі в Києві. Медичну допомогу тут надавали ченці — «лечці».

Першу в Україні аптеку було відкрито у Львові 1445 року.

Першу аптекарську городню ділянку, яку можна вважати найдавнішою науково-практичною установою з вирощування лікарських рослин, відкрили у Лубнах 1721 року.

Першу карантинну службу в Україні — Васильківський карантин — було створено 1740 року в

Києві з підвідділами в Переяславі, Черкасах, Кременчуці та інших містах з метою вжиття заходів проти епідемічних захворювань.

Перша в Україні велика лікарня була побудована 1800 року в Кременчуці.

Перше в Україні наукове медичне товариство — об'єднання лікарів з метою сприяння розвитку медичної науки і практики — Київське товариство лікарів було засноване 1840 року. З 1886 року вперше в світі при товаристві почали проводитися систематичні медичні читання, в яких брали участь діячі медичної науки. При товаристві працювало санітарне статистичне бюро.

Перша в країні станція швидкої допомоги була заснована в Києві 1881 року.

Першу в Україні самостійну клініку очних хвороб очолив 1892 року відомий клініцист і офтальмолог-хірург Л.Л. Гіршман у Харкові. За своє життя він прийняв майже мільйон хворих.

Єдиний в Україні та найбільший в Європі Інститут геронтології працює з 1958 року в Києві. Цей центр з вивченням проблем старіння й активного довіголіття є базою Всесвітньої організації охорони здоров'я для проведення курсів з соціальних і медичних питань з геронтології.

Першим видатним лікарем стародавньої Русі вважають Агапіта, який, за свідченням «Києво-Печерського патерика», мав велику популярність серед усіх верств населення стародавнього Києва. Лікував він переважно травами, міг підібрати харчування для хворого. Агапіт лікував князя Володимира Мономаха. Дата народження Агапіта невідома, помер 1095 року.

(Далі буде)


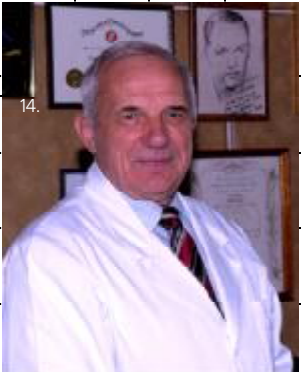


Відповіді на сканворд, вміщений у № 5 (286) за 2011 р.

**Горизонталь:** 8. Карамзін. 9. Село. 10. «Утоплена». 12. Пороги. 13. Греч. 14. Почаїв. 17. Жуковський. 20. Ярина. 21. Аттила. 23. Мак. 25. Корсунь. 28. Чаадаєв. 30. Алга. 1. Аксаков. 33. «Тополя». 35. Льох. 37. Костопправ. 39. Самокиш. 41. Прип. 44. Німота. 45. Калина. 46. Іржавець. 47. Гайдамаки. 50. Брюлов.

**Вертикаль:** 1. Арал. 2. Оксана. 3. Дніпро. 4. Гоголь. 5. Єси. 6. Море. 7. «Катерина». 11. Жижка. 15. «Основа». 16. Варнак. 18. «Слава». 19. Комедія. 20. Ярема. 22. Триста. 24. Бойко. 26. «Сестрі». 27. Кавос. 29. Вільшана. 32. Вал. 34. Оранда. 36. Хортиця. 38. Тризна. 40. Огні. 41. Правда. 42. «Полякам». 43. «Косар». 47. Віват. 48. Ірод.

Відповіді у наступному числі газети

СКАНВОРД

1. Запалення слизової оболонки											2. Народна казка
		3. 		4. Прилад для огляду слухового проходу	5. Інтоксикація						6. Нота
						7. Бабушина радість	8. Дефект шкіри				
						9. Займенник	10. Храм				11. Героїня М. Старицького
12. Дистрофія кісткової тканини				13. Дерево							
		14. 		15. Казкова країна				16. Основа, склади			17. Забагато ріднини в тканинах організму
						18. Гуцульський танець	19. 0,01 га		20. Німецький фізик	21. Палуга	22. Шлюпка
											23. Балка
		24. Доброякісна пухлина	25. Процес утворення тромбів								27. Нота
26. Риба				28. Поєднання симптомів	29. Літак						30. Абсцес ясен
											32. Кордова частина палуби
31. Безвогню не буває											34. 
33. Баскетбольна асоціація											
				35. Річка в Росії	36. Ймовірність здійснення чогось						37. Мітка, зазначка
38. Гостре респіраторне захворювання		39. Кілометр						40. Канал	41. Частина океану	42. Агат	
		44. Шовкова тканина	45. Пряжа з прядки шерсті	46. Свіє дерево							
											43. 
											47. Образ
											48. 12 місяців
								49. Нафтова організація	50. Страшна баба		51. Поет-співець
						52. Бик		53. Палиця		54. Акт	
											55. Гострий тонзиліт
		56. Карцинома		57. Свіська тварина	58. Річковий риба					59. Біг коня	
		60. Пряжа для шиття	61. Спортивне змагання								62. Священнослужитель
											63. Український продукт
64. Столиця Вашингтон											65. Латинська літера
											66. Пласт одної породи
											67. Хімічний елемент
											68. Одиниця потужності
											69. 