

МЕДИЧНА КАДЕМІЯ

№ 6 (263)
ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ
26 березня 2010 року



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

НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ:

- професора кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами — 1 посада;
- доцента кафедри оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії — 1 посада;
- доцента кафедри анатомії людини — 1 посада;
- доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою та історією медицини — 2 посади;
- доцента кафедри медичної інформатики з фізикою — 1 посада;
- асистента кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини з медичною технікою — 1 посада;

вимоги до претендентів: наявність наукового ступеня, стаж роботи за фахом — не менше п'яти років, сертифікат на володіння персональним комп'ютером, виданий комісією ТДМУ згідно з наказом № 725 від 28.12.05 р.

— доцента кафедри внутрішньої медицини — 2 посади;

вимоги до претендентів: наявність наукового ступеня, стаж роботи за фахом — не менше п'ять років, сертифікат на володіння іноземною мовою та персональним комп'ютером, видані комісією ТДМУ згідно з наказами № 187 від 27.07.98 р. та № 725 від 28.12.05 р.

Термін подачі документів — один місяць з дня оголошення.

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

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 освітньої послуги з підготовки фахівців з числа вітчизняних громадян за освітньо-кваліфікаційним рівнем «спеціаліст»;

— галузь знань 1201 «Медицина» за напрямом підготовки 7.110105 «Медико-профілактична справа» з ліцензованим обсягом прийому 100 осіб.

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ



Наталія ЗАСКОЦЬКА (на фото) навчається на стоматологічному факультеті. Протягом лютого (за сприяння ректора Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, професора Леоніда Ковальчука) вона та студент медичного факультету Тарас Лисий взяли участь у міжнародній програмі обміну студентів-медиків, яка відбулася на базі університетської клініки Віденського медичного університету (AKH-Wien). Детальніше читайте на стор. 5.

КОНКУРС СЕРЕД СТУДЕНТІВ

ВІДДІЛ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ І.Я.ГОРБАЧЕВСЬКОГО

ОГОЛОШУЄ КОНКУРС СЕРЕД СТУДЕНТІВ 4-ГО І 5-ГО КУРСІВ НА ПРОХОДЖЕННЯ ЛІТНЬОЇ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ В ДИТЯЧОМУ САНАТОРНО-ОЗДОРОВЧОМУ ЦЕНТРІ «ЛАСПІ»

з 1 червня по 28 серпня 2010 року (4 заїзди, по 3 тижні кожен).

Вимоги до претендентів:

1. Успішне навчання.
2. Досвід роботи в лікувально-профілактичних закладах.
3. Комунікабельність, вміння спілкуватися з дітьми різного віку (від молодшого до старшого шкільного).

Береться до уваги: участь в наукових гуртках на клінічних кафедрах, у художній самодіяльності, виступи на конференціях, олімпіадах, спартакіадах і т.д.

Заяви подавати на ім'я керівника відділу практики до 15 квітня 2010 року.

Керівник відділу виробничої практики, проф. О.Є. ФЕДОРЦІВ

ОБРАННЯ

**ПРОФЕСОР
ВОЛОДИМИР БІГУНЯК —
ГОЛОВА НАГЛЯДОВОЇ
РАДИ УНІВЕРСИТЕТСЬ-
КОЇ ЛІКАРНІ**

11 березня на засіданні вченої ради Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського обрали голову Наглядової ради університетської лікарні.



Ним став завідувач курсу комбустіології ТДМУ, лауреат Державної премії України, заслужений діяч науки та техніки України, Почесний громадянин міста Тернополя, професор Володимир БІГУНЯК.

ОГОЛОШЕННЯ

Голова наглядової ради комунального закладу Тернопільської обласної ради «Тернопільська університетська лікарня»,

відповідно до «Положення про наглядову раду», оголошує конкурс на чотири вакантні посади членів наглядової ради — виборних представників громадськості Тернопільської області.

Участь у конкурсі можуть брати громадяни віком понад 18 років, які постійно проживають на території області.

Термін подачі документів — до 17 квітня 2010 року.

Звертатися за адресою: 46002, м. Тернопіль, вул. Клінічна, 1, університетська лікарня, голові наглядової ради, професору В.В. Бігуняку.

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 2010 року.

Звертатися:

43001 м. Тернопіль, майдан Волі, 1, голова ради СНТ.

ГОЛОВНИЙ ХІРУРГ МОЗ УКРАЇНИ ПЕТРО ФОМІН ОТРИМАВ ТИТУЛ ПОЧЕСНОГО ПРОФЕСОРА ТДМУ

**Лариса ЛУКАЩУК
Ярослав СТАРЕПРАВО (фото)**

Дуже приємною та урочистою подією ознаменувалося чергове засідання вченої ради в нашому університеті – професора Петра Фоміна обрали почесним професором Тернопільського медичного університету ім. І.Я. Горбачевського.

– Титул почесного професора ТДМУ ми заснували два роки тому, коли відзначали 50-літній ювілей нашого ВНЗ, – зазначив на засіданні ректор ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського, член-кореспондент АМН України, професор Леонід Ковальчук. – Нині цього звання удостоєна ціла плеяда відомих науковців, громадських і державних діячів як України, так і зарубіжжя. Це – ректор університету Південної Кароліни, Апстейт Сполучених Штатів Америки Джон Стоквел, ректор Віденського медуніверситету професор Вольфганг Шютц, декан медичного факультету Карлового університету Томаш Зіма, завідувач кафедри медичної інформатики КМАПО ім. Шупика, професор Озар Мінцер, голова Верховної Ради України Володимир Литвин, колишній Прем'єр-міністр України Юлія Тимошенко та багато інших непересічних особистостей. Нині цей славний список поповнить ще одне відоме ім'я в сфері нових методів діагностики та лікування у хірургії – головний хірург МОЗ України, член-кореспондент АМН України, професор Петро Фомін. Видатний вчений удостоївся звання почесного професора ТДМУ за вагомі наукові досягнення, розробку нових методів діагностики та

лікування в хірургії, зокрема, міні-інвазивних ендохірургічних технологій та приладів, а також у царині співробітництва з Тернопільським державним медичним університетом імені І.Я. Горбачевського.

Відтак розпочалася процедура посвячення. Рішення вченої ради набирає чинності після вручення мантиї та диплому Honoris Causa.

Ректор університету, член-ко-



**Почесний професор ТДМУ
Петро ФОМІН**

респондент АМН України, професор Леонід Ковальчук вручив Петрові Фоміну диплом почесного професора ТДМУ ім. І. Горбачевського, висловивши впевненість і сподівання на подальшу плідну співпрацю.

– Дорогі колеги, я глибоко зворушений і водночас сповнений неабиякого щастя та задоволення тим, що ви запросили мене, аби удостоїти такого високого звання, – сказав, звертаючись до присутніх, професор Петро Фомін.

– Чомусь цієї хвилини я відчув, як перед моїми очима промайнули і навчання у школі сільської глибинки Мордовії, і те як радів, вступивши до медичного інституту, і ті великі випробування, які випали на мою долю вже у Києві, доки став хірургом.

Але час неблаганно летить. І нині я тут, у цьому шанованому товаристві. Відчуваю глибоку повагу й шану до людей, які отримали це почесне звання в стінах вашого всесвітньвідомого університету, так само як і велику відповідальність перед майбутнім. Хочу висловити щире подяку ректорові ТДМУ, професору Леонідові Ковальчуку та високоповажним членам вченої ради за присвоєння мені цього почесного звання. Надзвичайно гордий, що віднині Тернопільський медичний університет буде й моїм університетом. Урочисто обіцяю працювати та підтримувати всі ініціативи в межах нашого співробітництва, що послужить на користь розвитку новітніх інноваційних технологій. Процвітанню, нових звершень та починань вам на благо українського народу та медичної науки!

ДОВІДКА

ФОМІН Петро Дмитрович, член-кореспондент Академії медичних наук України, обраний 06.11.2003 р. за спеціальністю хірургія, академік АН НП України (1998 р.), дійсний член Нью-Йоркської академії наук (1994 р.), член європейської спільноти хірургів (European Society of Surgery, 2002), член міжнародного наукового комітету Асоціації раку шлунку, доктор медичних наук (1984 р.), професор (1987 р.), заслужений діяч науки і техніки України (1999 р.), лауреат Державної премії України (1990, 2005 р.), завідувач кафедри хірургії №3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (з 1992 р.), головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Хірургія». Відомий учений-хірург в Україні і поза її межами. Розробив і впровадив у практику нові методи операцій пластики стравоходу після механічних пошкоджень, запальних процесів і пухлинних уражень з використанням сегментів товстої та тонкої кишок залежно від особливостей розгалуження мезентеріальних судин. Основні напрями наукової діяльності спрямовані на розробку на рівні світових стандартів, теоретичне обґрунтування і впровадження в клінічну практику малоінвазивних ендохірургічних технологій та приладів для лікування шлунково-кишкових кровотеч, елек-



Диплом почесного професора ТДМУ Петру ФОМІНУ вручає ректор нашого ВНЗ, професор Леонід КОВАЛЬЧУК

трозварювальних технологій в абдомінальній хірургії, розробку державних стандартів вищої медичної освіти в Україні в галузі вивчення хірургічних дисциплін, відповідно до міжнародних стандартів. Автор 450 наукових праць, серед яких 8 монографій, 25 патентів України на винаходи та 15 раціоналізаторських пропозицій. Підготував 4 докторів і 17 кандидатів наук. Член правління та президії Українського товариства хірургів, член комісії МОЗ і Міністерства освіти і науки України з розробки освітньо-кваліфікаційних характеристик та Державних стандартів вищої медичної освіти в Україні, член Експертної ради ВАК України, член Європейського товариства хірургів, член редакції кількох наукових медичних журналів. Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Хірургія».

ОБ'ЄКТИВ



**Христина ПИШ, студентка медфакультету (ліворуч);
Оксана СМАЛЬ навчається на стоматологічному факультеті (праворуч)
Фото
Ярослава СТАРЕПРАВА**



ОСЕРЕДОК ВУЛТ ЗАПРАЦЮВАВ

У перших числах березня в комунальному центрі швидкої медичної допомоги м. Тернополя відбувся «круглий стіл», присвячений 100-річчю Українського лікарського товариства та відновленню роботи осередку в колективі лікарів. Член крайової ради ВУЛТ заслужений лікар України Василь Пришляк розповів історію лікарського товариства, озаймовив медиків з Указом Президента України, розпорядженням голови обласної державної адміністрації та управління охорони здоров'я й «Заходами з підготовки та відзначення 100-річчя Українського лікарського товариства на Тернопільщині».

Медики висунули із свого колективу двох кращих лікарів на відзначення грамотами, а також обрали організаційну групу для відновлення осередку лікарського товариства та прийняття статуту.

Крім цього, перед присутніми виступив Василь Пришляк з рекомендаціями про самопомігу при невідкладних станах у кардіології (гіпертонічний криз, гострий коронарний синдром, важкі напади аритмій). Він також відповів на запитання, що цікавили учасників «круглого столу».

**О. КОСТОГЛОВА,
лікар КЦ ШМД м. Тернополя**

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

Адреса редакції:
46001,
м. Тернопіль,
майдан Волі, 1,
тел. **52-80-09; 43-49-56**
E-mail **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 Терно-
пільському
держмедуніверситеті
ім. І.Я. Горбачевського.
46001, м. Тернопіль,
майдан Волі, 1.

Призначення

МАР'ЯН ГРЕБЕНИК: «ЛІКАР МАЄ ВЧИТИСЯ ВСЕ ЖИТТЯ»

Лікарський стаж доктора медичних наук, декана факультету післядипломної освіти, завідувача кафедри терапії та сімейної медицини ФПО Мар'яна Васильовича Гребеника – 34 роки. Педагогічний – 21 рік. Для пацієнтів він – лікар від Бога, для студентів – мудрий наставник і вчитель. А для молодих колег його приклад – стимул для подальшого навчання і підвищення кваліфікації.

– Мар'яне Васильовичу, кажуть, що лікування – це і наука, і мистецтво, якому треба вчитися все життя.

– Так воно і є. Просто зі студентської лави навіть із здібного випускника не вийде гарного фахівця. В країнах Європи та Америки, скажімо, для їх підготовки використовують інститут резидентури, тобто безпосередньо після закінчення ВНЗ, в умовах спеціалізованої клініки протягом трьох-шести років лікар освоює обрану спеціальність на рівні останніх досягнень науки. В Україні термін післядипломної освіти в умовах спеціалізованої клініки наразі дещо менший.

– Розкажіть, будь ласка, як складалася ваша біографія?

– 1977 року, закінчивши ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського (тоді ще інститут), отримав диплом з відзнакою. Після інтернатури довелося випробувати себе в різних іпостасях. Працював дільничним терапевтом, потім – лікарем палати інтенсивної терапії новоствореного кардіологічного відділення Тернопільської міської лікарні №2, з 1979 року – в пульмонологічному відділенні цієї ж лікарні. З 1980 до 1990 року працював лікарем кабінету функціональної діагностики і одночасно кардіологом в Тернопільській обласній ЛСУ. Досвід 13-річної роботи лікаря-практика ліг в основу кандидатської дисертації «Комплексне застосування тепловодолікування з метою профілактики і терапії ішемічної хвороби серця», яку захистив 1989 року.

– Докторська, як і кандидатська, теж була присвячена проблемам серця?

– Так. Це болюча і надзвичайно актуальна тема, бо найчастіше смертність провокують власне серцево-судинні захворювання (інфаркти, інсульти). Понад 15 років я працював в кардіологічному відділенні обласної лікарні, де моїми пацієнтами були люди зі складними серцевими захворюваннями. Результати спостережень стали підставою для написання докторської дисертації «Післяінфарктне ремоделювання серця в умовах хронічної бронхіальної обструкції і шляхи його корекції». Захист відбувся в квітні 2009-го.

– Лікуючи, консультуючи, ви велику увагу приділяли й викладацькій роботі.

– З 1990 року працював асистентом кафедри факультетської терапії. 1995-го на конкурсній основі мене обрали доцентом кафедри факультетської терапії. Після організації обласного пульмонологічного відділення впродовж двох років був його куратором. З 1998 року у зв'язку з реорганізацією

кафедр терапії ТДМУ (на той час – медакадемії) і перерозподілом клінічних баз, лікувальну практику продовжив на базі кардіологічного відділення ТОККЛ як куратор палати інтенсивної терапії та відділення.

– Переконана, що нагромаджений досвід стане вам у пригоді й на адміністративній роботі – на посаді декана ФПО, факультету, який має вагомий позитивний надбання. На чому збираєтеся зосередити основну увагу?

– Найперше завдання – не втратити, а примножити вже наявні позитивні починання і здобутки. І звичайно, рухатися далі, удосконалюючи систему перепідготовки лікарів-курсантів, інтернів. Необхідно спиратися на нинішні досягнення прогресу, підвищуючи вимоги й запроваджуючи європейські стандарти підготовки лікаря-фахівця. Хто вболіває за медицину, розуміє, що потрібні зміни й на законодавчому рівні.

В американців є таке поняття – «період напіврозпаду компетентності». Якщо за 3-4 роки обсяг знань не поповнюється, немає безперервної освіти, компетенція фахівця зни-



жується на 50 відсотків. Тому лікар мусить вчитися все життя, набуваючи нових знань, професійно зростаючи. Це нелегко, але без цього медик неможливий. Лікар не може жити без фахової літератури, не акумулюючи новинки медицини, новітні методики. Інакше він безнадійно відстане від своїх колег і втратить довіру пацієнтів.

– Нині великі надії покладаємо на сімейну медицину... Але образ доктора, знаного із західного кіно, дуже милого, щирого і турботливого, якому можна зателефонувати серед ночі і довірити всі сімейні таємниці, все ще залишається мрією пацієнта.

– Люди нині мають можливість звертатися в різні медичні центри за консультацією, але 80 відсотків пацієнтів, як свідчить статистика, воліли б, щоб про їхнє здоров'я турбувався хороший сімейний лікар, який знає свого пацієнта давно і турбується про його здоров'я постійно. Бо на практиці часто буває так: звернувся пацієнт в поліклініку, поприймав трохи призначені йому ліки, а коли полегшало – лікування припинив. До наступного загострення хвороби. Є так званий закон ентропії або дру-

гий закон термодинаміки: все само по собі може лише нищитися і руйнуватися. Він діє і в медицині. Щоб бути в добрій фізичній формі, потрібно постійно докладати зусиль. Якщо вже «болячка» хронічна є, то вона нікуди не дінеться, але можна навчитися з нею жити й не доводити до загострення. Для цього треба виконувати рекомендації лікаря постійно, а не час від часу. Потрібно привчити людей дбати про своє здоров'я. Завдання ж лікаря – розпізнати хворобу в зародковій стадії.

– Кваліфікованому лікарю потрібні і хороша освіта, і практика, і підвищення кваліфікації, і фахівець-наставник, який зможе приділяти йому увагу і передавати досвід. Хто для вас був таким наставником?

– Велику роль у моєму житті зіграло знайомство з нині вже покійним професором Іваном Олександровичем Мельником. Це був прекрасний фахівець. Чудова людина. Його запрошували консультантом і я мав можливість спостерігати, як він працює. Ми багато спілкувалися. Іван Олександрович, власне, й підштовхнув мене до написання кандидатської дисертації, побачивши нагромаджений мною матеріал.

Своїм наставником вважаю також професора Миколу Івановича Шведа, який запросив мене, новоспеченого кандидата медичних наук, працювати на кафедрі, яку він очолює багато років. Під час написання докторської Микола Іванович був моїм науковим консультантом. Ті роки вважаю справжньою школою професійного зростання й сподіваюся на подальшу плідну співпрацю.

– Не можу не запитати, яким нині є ваш науковий доробок?

– Я є співавтором двох підручників, трьох посібників. Опублікував 189 наукових праць. Відповідальний виконавець п'яти ініціативних науководослідних робіт кафедри та двох держбюджетних тем. В науковому доробку також деклараційний патент на винахід, два авторських свідоцтва.

– Медицина для вас...

– Це не лише професія, це стиль життя.

– Чи шкодували коли-небудь про зроблений вибір?

– Ні, ніколи. Якби довелося все почати спочатку, знову обрав би медицину.

А ще у Мар'яна Васильовича хороша, міцна сім'я.

– Дружина теж медик. І дві дочки здобули вищу медичну освіту. Старша Софія працює кардіологом в Рівненській обласній лікарні. Молодша Ірина – офтальмолог. Внук ходить до першого класу.

– А що найбільше в житті поважаєте?

– Професіоналізм. На факультеті післядипломної освіти працюють справжні професіонали. Колектив наш – дружний, працюючий.

– Успіху вам і здоров'я! Дякую за розмову.

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

ОБ'ЄКТИВ



Студенти-стоматологи Володимир БОЙКО та Роман КЛОС під час практичних занять



На фото студентки фармфакультету Марія ЛЕЦИК, Наталія ТИМОФТЕВИЧ, Ольга ЛУКАШІВ, Ірина ДАНИЛИШИН та асистент кафедри Ольга ДЕМИДЯК
Фото Ярослава СТАРЕПРАВА

НОВИНИ

СКЛАДУВАННЯ ПОБУТОВИХ ВІДХОДІВ – СПРАВА ТЕРМІНОВА

Обласна комісія з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій доручила виконкомів Тернопільської міськради терміново вирішити питання з територіальною громадою с.Малашівці щодо тимчасового складування твердих побутових відходів Тернополя на об'єкті поводження з цими відходами, який розташований на території Малашовецької сільської ради на час спорудження спеціального полігону.

Таке рішення було прийнято 19 березня в результаті розгляду стану забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя в м. Тернополі у весняно-літній період 2010 року.

Передувала цьому доповідь головного державного санітарного лікаря Тернопільської області Степана Дністряна.

Метою цього та інших рішень є попередження надзвичайної ситуації, пов'язаної з можливим погіршенням санітарно-епідемічного стану в Тернополі внаслідок

незадовільного поводження з твердими побутовими відходами і підвищенням температури повітря.

Також мерії доручено у місячний термін забезпечити завершення проектування першочергових заходів з рекультивції Малашовецького сміттєзвалища.

Державній екологічній інспекції в області, обласній санітарно-епідеміологічній станції належить забезпечити контроль за дотриманням законодавства, норм і правил поводження з твердими побутовими відходами, проведення моніторингу стану об'єктів навколишнього природного середовища в Тернополі і районі тимчасового складування твердих побутових відходів.

Управління МВС України в Тернопільській області дано доручення забезпечити підтримання правопорядку в процесі перевезення й тимчасового складування твердих побутових відходів.

(Прес-служба ТерноДА)

БУДЕ ЧИМ ЛІКУВАТИ

Монастирська центральна районна комунальна лікарня отримала медичне обладнання нового покоління – прилад для визначення глюкози в крові,

електрокардіограф триканальний і дефібрилятор, вартість яких майже 160 тисяч гривень.

Це найсучасніше медичне обладнання допоможе медикам у лікуванні хворих.

Оксана БУСЬКА

ЗНАЙОМИЛИСЯ З ЛАБОРАТОРІЄЮ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ЛІКАРНІ У ВІДНІ

цілодобово зробити всі найнеобхідніші аналізи для екстреної діагностики.

На завершенні нашого перебування у Відні мали змогу ознайомитися з роботою референс-лабораторії. Завданням цієї

У клініці нас зустрів професор Г. Тойфельсбауер. Він і був нашим «гідом». Наше знайомство розпочалося з лабораторії клінічної вірусології, яку очолює професор Тереза Попов-Краупп. Загальна кількість аналізів, які проводять там, сягає 30 тис. на місяць. Завдяки доброму технічному оснащенню лабораторії працює лише два лікарі та п'ятнадцять середніх медичних працівників, серед

Делегація ТДМУ знайомилася з роботою та оснащенням лабораторій університетської лікарні Віденського медичного університету. До цього складу ввійшли завідувачі кафедр медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології, проф. С.І. Климнюк, клінічної фармації, проф. І.М. Кліщ, а також завідувач міжкафедральної науково-клінічної лабораторії О.В. Лазарчук, асистент кафедри медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології Т.І. П'ятковський та асистент кафедри медичної біохімії та клініко-лабораторної діагностики М.І. Марущак.



Штефан АБЕРЛЬ демонструє лабораторію ПЛР

яких лаборанти та медичні техніки. Аналізи в лабораторію доправляються з усіх відділень автоматичною системою. Інститут клінічної вірусології має кілька відділень ПЛР, відділ ІФА, серологічну лабораторію, лабораторію для роботи з культурами клітин, лабораторію діагностики ВІЛ і гепатитів, Western Blot-лабораторію. Найбільше нас цікавила лабораторна діагностика грипу. Після ознайомлення з технічним оснащенням лабораторії, професор Т. Попов-Краупп розповіла, як здійснюють моніторинг грипу в Австрії. За її словами, лікарі-педіатри та лікарі загальної практики вибірково відбирають матеріал від пацієнтів з клінічними ознаками цього захворювання. В подальшому цей матеріал доправляється до лабораторії, де використовують вірусологічні та молекулярно-генетичні методи для ідентифікації

виявлених вірусів грипу, їх секвенування й дослідження резистентності до противірусних препаратів.

У мікробіологічній лабораторії з роботою та обладнанням нас знайомив біомедичний аналітик Зазі Кабір. За рік лабораторія виконує понад 100 тис. аналізів. Вона також добре оснащена сучасними автоматичними аналізаторами, але від класичного бактеріологічного методу тут теж не відмовляються. Особливу увагу привернув автоматичний аналізатор гемо-культури, а також автоматичний аналізатор для визначення токсинів *C. difficile*. У лабораторії ідентифікують широкий спектр збудників бактеріальних респіраторних, кишкових, урогенітальних інфекцій. Для дослідження інфекцій, спричинених анаеробами, використовують сучасні стаціонарні та портативні анаеростати. Живильні середови-

ща в лабораторії готують та розливають у чашки автоматичні апарати або ж користуються готовими комерційними середовищами. Визначення антибіотико-чутливості збудників визначають здебільшого методом стандартних дисків, рідше використовують E-test чи автоматичні аналізатори. Весь відпрацьований матеріал скидають у величезні контейнери з термостійкого матеріалу, які поміщають у стерилізаційні камери. Варто зазначити, що ще до поїздки наш університет запланував придбання автоматичного бактеріологічного аналізатора Vitek, нової моделі, ніж ті, що використовують у лабораторії Віденської університетської лікарні.

Третій день ми присвятили знайомству з клінічною лабораторією, яку очолює проф. К. Біглмаєр. Ця потужна лабораторія займає майже 4,5 тис. кв. м і



Робота з культурами клітин у референс-лабораторії

виконує понад 70 тис. аналізів щомісяця та понад 23 млн. аналізів на рік. Тут давно використовують такі методи лабораторних досліджень, як спектрофотометрію, нефелометрію, турбодиметрію, а також імуноферментні, хемілюмінесцентні, флуоресцентні аналізи та інші. Це дозволяє повноцінно обстежити пацієнта і головне – вчасно поставити діагноз та правильно призначити лікування. Для вдосконалення ефективності лабораторного процесу на початковому етапі використовують спеціальний апарат для автоматичного сортування проб фірми Beckman Coulter, що виключає вплив людського фактору на преаналітичному етапі лабора-



Проф. С.І. КЛИМНЮК, М. РЕДЛЬБЕРГЕР-ФРИТЦ, Ш. АБЕРЛЬ, О.В. ЛАЗАРЧУК, проф. І.М. КЛІЩ, Т.І. П'ЯТКОВСЬКИЙ, М.І. МАРУЩАК

торного дослідження. Зчитуючи штрих-код, апарат сортує 800-1200 пробірок за годину. Високий рівень автоматизації та комп'ютеризації технологічних процесів обумовлює високу якість аналізів. У деяких випадках, коли є сумнівний результат, використовують класичні методи, наприклад, при сумнівному результаті отриманому на гематологічному аналізаторі проводять мікроскопічне дослідження мазка крові. Матеріально-технічне забезпечення лабораторії дозволяє визначати величезний



Моніка РЕДЛЬБЕРГЕР-ФРИТЦ розповідає про діагностику грипу у референс-лабораторії Віденського медичного університету

лабораторії є моніторинг грипу, гострих респіраторних вірусних інфекцій, ВІЛ-інфекції, гепатитів, а також контроль якості виконання аналізів вірусологічної лабораторії Віденської університетської лікарні. Лабораторія використовує комерційні тести для експрес-діагностики та молекулярно-генетичні методи, серед яких ПЛР та секвенування. Також лабораторія використовує вірусологічний метод із застосуванням культур клітин, серологічну діагностику.

Учасники стажування у Відні висловлюють подяку ректору ТДМУ, члену-кореспонденту АМН України, професору Л.Я. Ковальчуку за надану можливість удосконалити свою викладацьку та лікарську майстерність. Дякуємо і відділу міжнародних зв'язків за проведені перемовини з Віденським університетом та Посольством Австрії в Україні, а також фінансовому відділу університету на чолі з головним бухгалтером Т.Є. Мудрик за надані кошти для поїздки.

**Тарас П'ЯТКОВСЬКИЙ,
Марія МАРУЩАК
асистенти ТДМУ**



Автоматичні біохімічні аналізатори клінічної лабораторії

МІЖНАРОДНА СТУДЕНТСЬКА ПРАКТИКА У СТОЛИЦІ АВСТРІЇ

Протягом лютого (за сприяння ректора Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, професора Леоніда Ковальчука) двоє студентів нашого ВНЗ взяли участь у міжнародній програмі обміну студентів-медиків, яка відбулася на базі університетської клініки Віденського медичного університету (АКН-Wien). Студент VI курсу медичного факультету Тарас Лисий мав клінічну практику у кардіохірургічному відділенні, а студентка II курсу стоматологічного факультету Наталія Заскоцька – у відділенні щелепно-лицевої хірургії.

Австрія – неймовірна країна з великими можливостями та перспективами, серцем якої є Відень. Це казкове місто, що вражає багатством архітектурних будівель, чистотою та зручністю для життя.



Студентка Наталія ЗАСКОЦЬКА та професор університетської клініки АКН-Wien, доктор медицини, завідувач відділення щелепно-лицевої хірургії Рольф ЕВЕРС

Провівши незабутній місяць практики у Віденській університетській лікарні (АКН-Wien), мали чудову можливість побачити високий рівень надання медичних послуг в одній з кращих клінік Європи. Працюючи у відділеннях, спостерігали за роботою іноземних лікарів, брали участь у ранкових обходах, а також ледь не щодня асистували на операціях.

Перше, що нас вразило, це була помпезність і масштабність АКН-Wien. Ця клініка справді величезна. Площа, на якій вона побудована становить майже 240 000 м. кв. (24 га). Будівля лікарні складається з 11-поверхової основи та Зеленої та Червоної веж (по 14 поверхів кожна).

У Зеленої вежі є хірургічні відділення, а в Червоній – відділення внутрішньої медицини. В основній будівлі розташовані відділення невідкладних станів, функціональної діагностики, студентські аудиторії, лекційні зали та бібліотека. Загалом у ній працює понад 10 000 фахівців, облаштовано майже 2000 двомісних палат, операційні, численні кав'ярні та крамниці для персоналу і пацієнтів. Усю інформацію відвідувачам швидко з комп'ютерів видають диспетчери. Усі відділення та операційні цілком забезпечені сучасним устаткуванням та матеріалами.

Так, звичайно, новітнє обладнання це чудово, але жодне обладнання, навіть найновітніше, не дасть бажаного результату в лікуванні, якщо немає професіоналів своєї справи. Саме тому в цій клініці створена база Віденського медичного університету для підготовки майбутніх фахівців. На нашу думку, їхня система медицини працює за принципом «мурашника»: злагодженість дій, цілеспрямованість, виконання кожним покладеної на нього функції. Основою цього, своєрідним фундаментом, є навчання, а саме формування висококваліфікованих працівників, кожен з яких в майбутньому стане маленькою складовою, частинкою цієї системи.

Хотілося б звернути особливу увагу на цілеспрямоване навчання, ініціативність та працьовитість австрійських студентів. Особливістю їхньої навчальної програми є відсутність щоденного поточного оцінювання, а лише один комплексний семестровий екзамен. Можна лише уявити яку високою є самосвідомість австрійських студентів, які щоденно сумлінно та більшою мірою самостійно здобувають нові знання, а не відкладають до останнього перед екзаменом. Яскравим прикладом цього є бібліотека АКН. Увійшовши туди, очевидним є той факт, що будь-якої пори дня зможете побачити там велику кількість студентів, які натхненно вчать за «горою» підручників і конспектів. Також не можна не зазначити й те, скільки часу студенти віддають практичним навичкам. Починаючи з другого курсу, вони



Студенти ТДМУ разом з професором Ігорем ГУКОМ біля університетської лікарні м. Відня – АКН (Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken)

активно асистують на операціях у різних відділеннях АКН. Причиною такої відданості навчанню є те, що австрійські студенти чітко усвідомлюють: щоб досягнути рівня висококваліфікованого спеціаліста, необхідно старанно працювати в напрямку поставленої мети. Потрібно прагнути бути не просто добрим спеціалістом, а найкращим, бо хороших фахівців багато, а найкращих лише одиниці...

У нашому університеті також є велика навчальна база, Web-портал, де можна знайти велику кількість необхідної інформації, бібліотеки, які, на жаль, чомусь пустують.

Європа сприяє інтеграції України в європейський освітній простір. Наочним прикладом є наша поїздка. Існує безліч програм обміну, стажування, стипендій та грантів для студентів, у тому числі й медич-



Кардіохірургічна операційна

ного спрямування. Основною умовою є знання іноземної мови. Першочерговою, звісно, є англійська, але вагоме місце має знання німецької та інших іно-



Студент Тарас ЛИСИЙ та професор університетської клініки АКН-Wien, доктор медицини, завідувач відділення кардіохірургії Гюнтер ЛАУФЕР

земних мов. На власному прикладі переконалися і можемо з впевненістю сказати: англійська мова є мовою «необхідності та порозуміння» в спілкуванні практично з кожним. Німецька ж водночас є однією з ключових мов у Європі. На підтвердження цього зазначимо, що вона є офіційною в п'яти країнах Європейського Союзу, нею спілкується близько 142 млн. людей у світі.

Під час перебування в Австрії мали зустріч із всевітньо відомим хірургом-трансплантологом, доктором медицини, почесним професором Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Ігорем Гуком. Ігор Іванович є членом багатьох австрійських і міжнародних медичних наукових товариств, президентом Українського лікарського товариства Австрії (УЛТА), а також активним учасником українського громадсько-культурного життя в Австрії.

Були приємно здивовані тим, що українська діаспора в Відні активно розвивається. Вагомий внесок в цей розвиток внесли віце-президент Українського

лікарського товариства Австрії О.Горнікевич і теперішній президент УЛТА професор І.Гук. До слова, професор Олег Горнікевич ще 1959 року, працюючи у Віденському університеті, виявив нестачу допаміну у смугастому тилі мозку при хворобі Паркінсона та запропонував препарат L-допа для її лікування. Щиро вдячні членам УЛТА за теплу зустріч і добре ставлення.

Висловлюємо велику подяку ректорові Тернопільського державного медичного університету, професору Леонідові Якимовичу Ковальчуку за розуміння та підтримку.

Окрема подяка президенту Українського лікарського товариства Австрії, професору Ігорю Івановичу Гуку, завідувачу відділення щелепно-лицевої хірургії, професору Р. Еверсу та завідувачу кардіохірургічного відділення, професору Г. Лауферу за сприяння та чудову можливість здобути нові знання й практичні навички.

**Наталія ЗАСКОЦЬКА,
Тарас ЛИСИЙ,
студенти ТДМУ**

МАРІЯ ВЕЛЬМА: «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА – ПЕРСПЕКТИВНА»

Реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини – реальний шлях наближення медичної допомоги до країн. Детальніше про це – в інтерв'ю із завідуючою відділенням сімейної медицини Бережанської поліклініки ЦРКЛ, районним терапевтом, шанованою лікаркою із півстолітнім стажем, депутатом районної ради Марією ВЕЛЬМОЮ.

– Маріє Василенко, якою є нині ланка сімейної медицини в районі?

– На Бережанщині сімейними лікарями працюють 16 медиків. Є 6 самостійних амбулаторій, дільниця сімейного лікаря в складі Урманської сільської дільничної лікарні та відділення в складі 10 дільниць при районній поліклініці. Одна дільниця – це кілька сіл із населенням до 1500 осіб і один сімейний лікар. На жаль, не має лікаря Нараївська амбулаторія, а Стриганецька має лише одного, хоча з огляду на кількість мешканців потрібні два. Нема в амбулаторіях і стоматологів.

Відділення сімейної медицини діє з 2004 року. Усі мої колеги пройшли шестимісячну спеціалізацію із сімейної медицини. Прибуло троє лікарів, підготовлених в інтернатурі за трирічною програмою. Маємо досвідчених фельдшерів, акушерок, медсестер – помічників сімейних лікарів. Сімейна медицина в районі наразі – для надання медич-

ної допомоги сільським мешканцям, а міських обслуговують дільничні терапевти та педіатри.

– Що входить в обов'язки сімейного лікаря?

– Юридично прописані обов'язки – це 3-4 листки друкованого тексту. А бути сімейним лікарем означає знати про пацієнта все, – від народження до глибокої старості, вміти діагностувати й лікувати як дітей, так і дорослих. І лише у складних випадках хворих скеровувати до спеціалістів.

Обов'язки сімейного лікаря регулюють різноманітні державні програми, їх понад 15. Проте виконання цих програм обов'язкове, а фінансування – не передбачене!

А ще є санітарно-епідемічні вимоги, вакцинація і календар щеплень, медогляди школярів, дошкільнят, патронажні відвідування дітей до року життя, санпросвітницька робота й усе це треба задокументувати, облікувати, відзвітувати. Крім того, треба знати майже чотири тисячі рецептурних медикаментів, сотні хвороб і протоколів їх лікування. А чи можливо все це виконати? Директивні документи, програми пишуть і надсилають... І все! А коли, якими засобами їх виконувати? На прийом хворого відводять за нормативами лише 12 хвилин. Подумайте: чи за 12 хвилин може роздягнутися старенька жінка, чи можна вмовити дитину, яка плаче, дати себе оглянути, послухати, зважити чи щепити?

Здоров'я кожного залежить не стільки від лікаря, як від умов життя, поведінки людини. Не лише від серцевих недуг чи злоякісних пухлин вмирають молоді люди працездатного віку, а насамперед від травм, алкоголізму,

цирозу, панкреатитів, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу...

– Вважають, що сімейний лікар повинен більше працювати на профілактику, вчити пацієнта берегти здоров'я.

– Це один з пріоритетних напрямів розвитку сімейної медицини. Бо як учитель не навчить учня, коли той не хоче вчитися, так лікар не змусить кожну людину дбати про своє здоров'я. Але на медогляд скеровують хіба з роботи, та й то працівники пручаються. Флюорографію, мовляв, можна й не робити (хоч захворюваність у Бережанському районі на туберкульоз – найвища в області!), від щеплення відмовлюся, бо наслухались про поодинокі випадки ускладнень... А що буде, коли не щепити дитину? Вона виявиться беззахисною перед туберкульозною паличкою, кором, дифтерією чи грипом... І скільки затрат піде на лікування!

– З якими проблемами й труднощами зустрічаються нині лікарі?

– Проблеми – соціальні, та й матеріальна база незадовільна... Бо, наприклад, Стриганецьку амбулаторію добудовують 18 років, заважає дах в Урманській лікарні, амбулаторія не опалюється. Не закінчений фельдшерський пункт у с. Квіткове, старе приміщення у Вільхівці, нікудишнє – в Жукові, не телефонізовані чотири фельдшерські пункти, виселяють медпункт з приміщення в селі Літятин.

Мізерним є фінансування із сільського бюджету. Тому адміністрація центральної лікарні, депутати районної ради порушують питання про передачу фінансування сільської медицини районному бюджету. Бо, скажімо, у деяких селах не виділяють кошти навіть на невідкладні медикаменти.

Неабияка проблема – забезпечення автотранспортом. Усі машини відслужили свій ресурс. Щоправда, завдяки адміністрації ЦРКЛ, управлінню охорони здоров'я області в цьому році отримали машини с. Нараїв і Жуків. А треба ще хоча б три і, передовсім, – для 10 сімейних лікарів поліклініки, щоб забезпечити щоденний виїзд у села. Є потреба в сучасній виїзній машині-амбулаторії з ЕКГ-апаратом, експрес-лабораторією та інструментарієм, засобами першої дошпитальної допомоги. Адже не секрет, що єдиним «робочим» інструментом лікаря нині є фонендоскоп і тонометр. У районі – 33 села, куди треба їздити щодня. А які дороги? Запитання риторичне.

– Як справи зі створенням соціальної лікарні?

– Не один рік порушуємо питання передачі десяти стаціонарних ліжок Урманської дільничної лікарні в підпорядкування управління праці й соціалістики (створення соціальної лікарні). Адже в районі не мають прихистку, особливо взимку, самотні, інваліди, люди похилого віку. А в Урмані все готове для надання такої допомоги – кваліфікований медичний персонал, лікарня, обладнана кухня, пральня, фізкабінет.

Добре, що нас підтримують райдержадміністрація, районна рада, однак чи надасть дозвіл управління праці й соціалістики?

До речі, серед наших сімейних лікарів переважають жінки, чоловіків всього двоє. Але кожному з нас хотілося більше часу відводити на профілактичну роботу та менше – на лікувальну.

**Тетяна БУДАР
м. Бережани**



Марта БАЧИНСЬКА, студентка медфакультету



**Святослав КОСОВСЬКИЙ, студент стоматфакультету
Фото Ярослава СТАРЕПРАВА**

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Артеріальна гіпертензія (АГ) належить до найбільш поширених хвороб на земній кулі, в Україні кожен третій дорослий має підвищений артеріальний тиск. З віком захворюваність зростає. Лікування АГ спрямоване на запобігання таких грізних ускладнень, як інсульт, інфаркт, серцева недостатність (СН), фатальні аритмії, раптова серцева смерть. До того ж АГ почасти поєднується з цукровим діабетом II типу, ІХС, хворобами нирок. Для успішного лікування АГ необхідно використовувати дані доказової медицини та рекомендації Європейського товариства кардіологів 2007 року. Диференційований підхід у терапії антигіпертензивними засобами вимагає дотримання таких положень.

З п'яти класів антигіпертензивних ліків діуретики слід призначати при ізолюванні систолічної АГ, а також АГ у осіб похилого і старечого віку, в осіб негроїдної раси. Переваги при виборі за тiazодим діуретиком індапамідом пролонгованої дії (арифон-ре-

тард, равел SR тощо). Петлеві діуретики (фуросемід, торасемід) призначають при діагностиці у хворого СН і патології нирок. Рекомендовані раніше покази для комбінації тiazодимів діуретиків і кардіоселективних бета-блокаторів різко звужені в зв'язку з ризиком таких ускладнень, як цукровий діабет, гіперліпідемія, тощо. Кардіоселективні бета-блокатори показані недужим при поєднанні АГ з ІХС, тим, хто переніс інфаркт міокарда, хворим на стенокардію, з тахіаритміями, серцевою недостатністю. Переваги – за такими бета-блокаторами, як небілет, карведілол, бисопролол, беталок.

Найбільш широко в клінічній практиці застосовують ІАПФ завдяки їх добрій переносимості та ефективності. Вони сповільнюють прогресування ІХС, серцевої недостатності, нефропатії, цукрового діабету. Їх застосовують при поєднанні АГ з серцевою недостатністю, при різних нефропатіях, фібриляціях передсердь, метаболічному синдромі, інфаркті міокарда в анамнезі. У 10 % про-

лікованих ІАПФ виникають побічні явища (сухий кашель, алергія, диспепсія, синдром вислизання тощо). У цих випадках їх слід замінити на сартини (антагоністи рецепторів АII), які аналогічно блокують активність системи ренін-ангіотензин-альдостерон. Із ІАПФ більш широко застосовують каптоприл, еналаприл, лізиноприл. Переваги сартанів над ІАПФ в тому, що вони не провокують появу вищезгаданих побічних явищ. Із сартанів найбільш ефективні по гіпотензивній дії мікардіс і лозартан (лориста).

З представників 5 класу антигіпертензивних засобів ширше слід застосовувати антагоністи кальцію групи ніфедипіну пролонгованої дії типу амлодипіну (норваск, коринфар-ретард, азомекс, леркамен). Антигіпертензивний ефект зберігається більше 24 годин. Як показало доказове дослідження EUROPA, саме, амлодипін більш ефективно попереджує розвиток інсультів у осіб з високим ризиком його виникнення. Антагоністи

кальцію показані хворим похилого віку при наявності у них АГ із стенокардією напруження, церебральним атеросклерозом, гіпертрофією міокарда лівого шлуночка. Щодо антагоністів кальцію групи верапамілу і ділтіазему то їх варто рекомендувати при стенокардії напруження, суправентрикулярній тахікардії та аритмії.

На перше місце в терапії АГ за останні роки вийшли ІАПФ, але не всім хворим вони показані. Про ефективність того чи іншого методу лікування, медикаменту судять про їх вплив на кінцеві результати лікування. Кінцевими точками медикаментозної терапії вважають якість і тривалість життя хворого, смертність. Так, у дослідженні ASCOT було доведено, що більш вдалою комбінацією у впливі на кінцеві результати лікування були ІАПФ периндоприл та амлодипін порівняно з комбінацією бета-блокатора атенолола і гіпотіазиду. В групі хворих, які лікували атенололом і гіпотіазидом, частіше виникали такі побічні дії як,

інсульт, цукровий діабет, гіперліпідемія тощо. Після цього дослідження атенолол в західних країнах, по суті, перестали лікувати.

З різних комбінацій комплексної антигіпертензивної терапії більш ефективними залишаються: 1) ІАПФ + індапамід; 2) ІАПФ + амлодипін; 3) бета-блокатори + антагоніст кальцію амлодипін; 4) сартини + тiazодим діуретик.

В амбулаторній практиці лікарі досить часто застосовують фіксовані комбінації антигіпертензивних засобів (ноліпрел-форте, лориста НД, ЛО-азомеке тощо). Хворі прихильні до такої терапії. Проте при тяжкій АГ більш ефективними залишаються нефіксовані комбінації, підібрані за індивідуальною програмою. Цільова мета антигіпертензивної терапії – домогтися зниження АТ до 140/90 мм рт ст. і нижче.

Згідно з даними доказової медицини та рекомендацій Європейського товариства кардіологів з'являються можливості ефективного лікування АГ при комбінації ІАПФ з антагоністами кальцію групи амлодипіну. Саме цій комбінації слід віддавати перевагу завдяки їх синергічній дії і кращим впливом на кінцеві результати медикаментозної терапії.

**Борис РУДИК,
професор ТДМУ**

ВОДА – ДЖЕРЕЛО ЖИТТЯ

Вода – це найм'якша та найслабкіша істота в світі, але в подоланні твердого й міцного вона непереможна, і на світі їй немає рівного.

Лао Цзи



22 березня відзначили Всесвітній день водних ресурсів. 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. За підрахунками фахівців, вона складає лише 2,5% загальних запасів води на Земній кулі. Ідея проведення Всесвітнього дня водних ресурсів вперше прозвучала на конференції ООН з охорони та розвитку довкілля (ЮНЕСКО), яка відбулася в 1992 році в Ріо-де-Жанейро. Генеральна Асамблея Організації Об'єднаних Націй, прийнявши резолюцію 47/193 від 22 лютого 1993 року, оголосила 22 березня Всесвітнім днем водних ресурсів.

Цей день держави були покликані присвятити здійсненню рекомендацій ООН і проведенню конкретних дій на національному рівні. 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.

Основною метою проведення Всесвітнього дня водних ресурсів є сприяння у запровадженні відповідних заходів для розв'язання проблеми постачання населення питною водою; інформування громадськості про важливість охорони й збереження ресурсів прісної води і водних ресурсів загалом; залучення урядів, міжнародних агентств, неурядових організацій і приватного сектора до святкування Всесвітнього дня водних ресурсів.

Необхідно пам'ятати, що вода є найважливішим природним ресурсом, який маємо. Такі цінності, як нафта або золото, не мають анінайменшого значення, якщо немає води. При цьому 97% всієї води на Землі складає солонява вода морів та океанів, і лише 3% – прісна вода (3/4 прісної води – це льодовики, 1/4 – вода в підземних джерелах, річках і озерах). Тільки 1% прісної води доступний, тобто, всього лише 1 з 3 334 склянок води. До того ж запаси прісної води на планеті постійно виснажуються.

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 у 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 вкрай нерівномірно. Глобальне потепління клімату і зміна у зв'язку з цим гідрологічного циклу, робить нині проблему прісноводних запасів гострішою, ніж коли-небудь раніше.

Що стосується України, то, за деякими даними, нині понад половину 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 України та Криму. Також далекі від ідеалу підземні води Київської, Черкаської і Львівської областей. Щодня у водоймища країни скидається більше 10,6 тис. куб. метрів неочищених і недостатньо очищених стічних вод.

Цьогорічне відзначення Всесвітнього дня водних ресурсів відбувалося під гаслом «Вирішення проблеми дефіциту води». На жаль, у багатьох частинах світу розширюються райони з нестачею прісних водних ресурсів. За оцінками фахівців, дві третини країн відчуватимуть помірну або суттєву нестачу води,

насамперед – придатної для пиття. Ця проблема є актуальною і для України, адже за водозабезпеченістю на одного мешканця наша держава посідає одне з останніх місць в Європі. Таким чином водні ресурси є одним з лімітуючих факторів сталого розвитку України. Спостереження за гідрологічним режимом водних об'єктів та якістю води у них мають велике значення для оцінки й управління водними ресурсами.

Генеральний секретар ООН Пан Гі Мун закликав людей охороняти й забезпечувати стійке управління водними ресурсами на користь усіх форм життя на Землі. Про це мова йшла в посланні Генсека ООН у зв'язку з Всесвітнім днем води. «Вода є джерелом життя і сполучною ланкою для всіх живих істот на нашій планеті. Вона безпосередньо пов'язана з усіма нашими цілями, які ставить перед собою Організація Об'єднаних Націй: поліпшення здоров'я матері та дитини і показника очікуваної тривалості життя, забезпечення продовольчої безпеки, стійкий розвиток, адаптація до зміни клімату та пом'якшення наслідків».

22 березня є унікальною можливістю нагадати людству про надзвичайну важливість водних ресурсів для навколишнього середовища і розвитку суспільства. Практичні зусилля можуть допомогти поглибити суспільне розуміння як проблем, так і рішень в цій сфері. Для досягнення позитивних результатів необхідно перетворити слова на зобов'язання та дії в рамках загальної теми.

**Володимир КОНДРАТЮК,
професор ТДМУ**

Новини

Є ВСЕ НЕОБХІДНЕ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ

Жителям Новосілки Підволочиського району немає потреби їхати за медичною допомогою до Скалата чи райцентру. В місцевій медичній амбулаторії є все необхідне для повноцінного лікування хворих як амбулаторно, так і стаціонарно. Місцева влада подбала про те, щоб створити хороші умови для нормального функціонування медичного закладу. В кімнатах зроблено ремонт, придбали меблі, обладнали палату денного стаціонару на два ліжка. Але го-

ловне – це кваліфікований персонал. Лікар Олена Маршалюк та її помічники Дарія Мороз і Надія Григорчук відмінно знають свою справу. Під час епідемії грипу працювати доводилося з подвійним навантаженням. Тепер настало певне затишшя, але воно відносне. Амбулаторний прийом і процедури стаціонарним хворим до обіду, відвідування хронічних хворих вдома, патронаж вагітних і новонароджених – щодня. Для невідкладної допомоги є повний

набір медикаментів. Крім того, в амбулаторії працює аптечний кіоск.

Особливий підхід – до самотніх людей похилого віку. Таких в селі тридцять троє. Соціальні працівники Люба Гуцалюк та Марія Ковальська тісно контактують з медиками, інформують про стан здоров'я своїх підопічних.

Медики також готують майбутніх мам до народження дітей та догляду за малюками. Вже цього року в селі з'явилося шестеро немовлят.

Оксана БУСЬКА

ОБ'ЄКТИВ



Ірина КОВАЛЕНКО (ліворуч) навчається на стоматологічному факультеті; Олеся СТРУТИНСЬКА (праворуч), студентка фармацевтичного факультету



Ольга ТИЧИНСЬКА, студентка медичного факультету

АВТОР РУБРИКИ – **МИХАЙЛО ФЕСЬКІВ**

ЛІКАБЕТКА

Напружив зір в телеекран, Сидиш бльш, як дві години – на організм це, як таран, як на голову – цеглини!

Деревна бузина – чим привітна вона?

Листя, квітки, і кора, і плоди – все це лікує людей, і завжди: тих, хто хворий на грип, ларингіт, дихальні шляхи і бронхіт, при подагрі, закрепі і при анемії, при артриті, при хворобі нирок, ожирінні...

Не забуваймо про **волошку** – чарівницю, як ворожку.

З неї добрі препарати, коли мудро їх вживати при захворюваннях різних, при хворобах тяжких, грізних печінки, нирок, сечовивідних шляхів...

(бо хто ж хворим бути захотів?!)

Використовують принади ці в дерматології, в косметичі.

Ожина має необмежені властивості, листя, цвіт і плід – для користі: в'язуча, протизапальна, сечогінна,

бактерицидна, потогінна; заспокоює нервову систему, лікує кандидоз (піхву), екзему, горло, лишай, розширену вену, вживається при істеричних припадках, знижує цукор

в діабетичних випадках, здійснює противірусну активність, при проносі, дезинтерії, пневмонії...

«А льон цвіте синьо, синьо...» і діє він на людей сильно,

сильно, на нього велика надія, бо у насінні жирна олія, слиз заспокоює, обволакає, в дихальних органах, в шлунку болі знімає, при закрепах і при отруєнні допомагає,

атеросклероз геть виганяє. Здоров'я той має, хто льон споживає.

Ой, так чи не так... але треба мати мак,

хоч у ньому морфій, кодеїн, анальгетики, папаверин... але зате зменшує болі відчуття, наганяє людям настрій до життя,

при сильному кашлі потрібний, при болю голови принагідний.

М'ята перцева холодна у народі дуже модна: ментол добре діє на органи травні, ці відомості маємо здавна.

М'ята апетит збуджує, можливості спазму звужує, коли в роті погано – вживають, при головному болю до чола прикладають.

(Але дівчатам безплідність спричиняють).

..... 24 березня відзначили Всесвітній день боротьби з туберкульозом

СЕРЬОЗНА ПРОБЛЕМА ЗЕМЛЯН

Попри суттєві успіхи у боротьбі з туберкульозом, досягнутими завдяки соціальним заходам, щепленням, він залишається найпоширенішою інфекційною хворобою в світі, що посідає перше місце за смертністю людей від інфекцій. Більш того, останніми роками туберкульоз у глобальному масштабі перейшов у «наступ». Зараз у світі кожної секунди одна людина заражається збудником туберкульозу.

Туберкульоз належить до соціальних хвороб. Падіння рівня життя населення, погіршення харчування, несприятливі побутові та житлові умови або умови праці (пил, виснажлива фізична праця, інші чинники) призводять до зниження імунної резистентності організму до збудника. Ось чому це захворювання насамперед уражає бідніші верстви населення, соціально-дезадаптованих осіб (волоцюги, алкоголіки), а також осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі. Соціально-економічні негаразди, які зараз переживає наша країна, дали могутній поштовх для того, щоб туберкульоз знов пішов вгору. Хоча хвороба уражає передовсім бідняків, вона становить загрозу для всіх людей без винятку.

Актуальність цієї проблеми з поширенням ВІЛ-інфекції/СНІДу ще більш зростає. Туберкульоз та ВІЛ-інфекція створюють смертельну комбінацію, бо кожен з цих збудників підсилює дію іншого. В тих випадках, коли людина уражена одночасно як туберкульозною паличкою, так і вірусом СНІДу, внаслідок послаблення імунної системи ВІЛ-інфекцією знижується опірність організму до збудника туберкульозу. Ось чому у неї значно швидше розвивається активний туберкульоз. Таким чином збудник отримує можливість до прискореного поширення.

Ліквідація туберкульозу як поширеного захворювання можливе лише у віддаленому майбутньому, але для найближчих трьох поколінь, як вважають вчені, він залишається загрозою.

Джерелом є хвора на туберкульоз людина, а також хворі на нього тварини. Ця хвороба зустрічається у 55 видів ссавців та у понад 80 видів птахів. Але небезпеку для людини становлять лише деякі з них. Це головним чином велика рогата худоба, свині, кози, вівці, собаки, кішки тощо.

Найбільшу небезпеку для люди-

Захворюваність на туберкульоз й надалі залишається серйозною проблемою, як в Україні, так і в усьому світі. Про це свідчить поширеність цієї недуги, висока смертність та труднощі в лікуванні. За даними ВООЗ, туберкульоз у світі займає друге місце серед інфекційних захворювань після СНІДу, вражаючи 30 % землян. Ось чому ВООЗ з 1994 року проголосила 24 березня Всесвітнім днем боротьби з туберкульозом. Мета цієї акції – привернути увагу громадськості світу, широким верствам населення до цієї інфекції, яка загрожує людству.

ни становить людський тип мікобактерії туберкульозу: на неї припадає до 95-98 % випадків захворювання на туберкульоз легень.

Залежно від ураженого органу хворий виділяє у навколишнє середовище збудника з харкотинням, слиною, сечею, калом, молоком, спермою тощо. Особливо небезпечний для оточуючих людей хворий з відкритим туберкульозом легень. Такий хворий може за добу виділяти майже 7 мільярдів туберкульозних бактерій. Не дивно, що він здатний за рік заразити в середньому 10-15 неінфікованих осіб і навіть створити мікроепідемію.

До організму здорової людини збудник потрапляє головним чином (у 85-95 % випадків) через повітря за допомогою часточок харкотиння і слини, які утворюються при чханні або кашлі хворого на активний легеневої туберкульоз. Такий шлях зараження можливий не тільки в сім'ї, серед мешканців комунальних квартир, гуртожитків, де є хворий, але й у міському транспорті, на вулиці, якщо хворий не дотримується необхідних заходів перестороги.

Збудник може також передаватися з пилом. Цей шлях розповсюдження інфекції дуже небезпечний, бо пил може переноситися на значну відстань. Зараження через пил відбувається переважно у житлі хворого на туберкульоз.

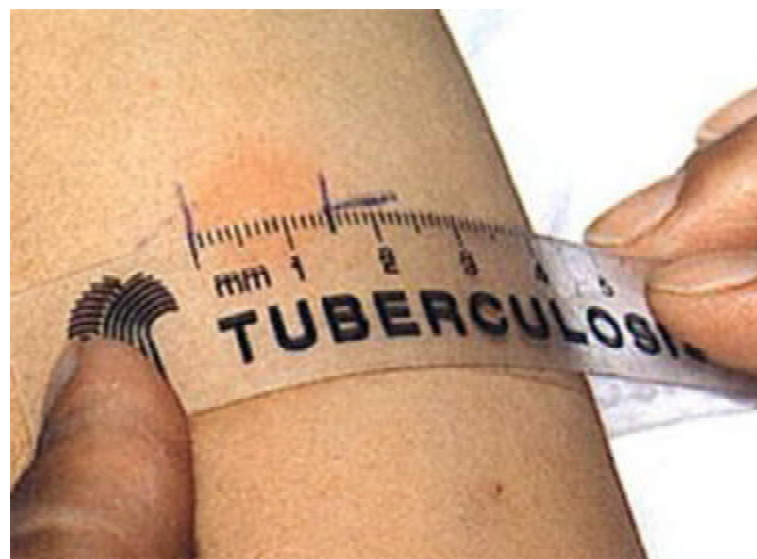
Інший шлях зараження – контактний. Предмети побуту хворої людини (носочки, рушник, постільна білизна, посуд, книги тощо), звичайно, забруднені крапельками харкотиння та слини, які містять туберкульозні палички. Якщо ними користується здорова людина, вона може заразитися. При рукостисканні, поцілунках з хворим, допалюванні чужих цигарок також збудник може потрапити до організму здорової людини. Ось чому важливо у своєму побуті ретельно дотримуватися правил особистої гігієни.

Зараження може відбутися алі-

ментарним шляхом, тобто через рот за допомогою інфікованих харчових продуктів, зокрема, молочних (вершкове масло, молоко, сир тощо) та м'яса, отриманих від хворих тварин.

Туберкульоз не передається через укуси комах, через кров.

Разом з крапельками харкотиння, слизу, слини чи пилом збудник



потрапляє в дихальні шляхи неінфікованої або не щепленої людини, потім достається легень і звідти в кров і лімфатичні судини. У здоровому організмі туберкульозні палички не можуть розмножуватися й здебільшого гинуть. Але, звичайно, не всі збудники гинуть. Частина з них все ж таки починає розмножуватися в лімфатичних вузлах або в інших тканинах, що призводить до виникнення осередку туберкульозного запалення.

Основні симптоми захворювання: покашлювання, що триває понад 3-4 тижні, незначне підвищення температури тіла (37,2 градуси Цельсія) у вечірні години;

- поганий апетит, постійна слабкість; безпричинна втрата ваги; зниження працездатності; нервова вразливість;

- підвищена пітливість, особливо вночі;

- утруднене дихання; біль у грудях;

- кровохаркання (наявність крові у мокротинні, що виділяється при кашлі).

Туберкульоз зараз добре лікується, та лише за умови раннього виявлення хвороби. В таких випадках можливе повне одужання. Ось чому важливо, щоб учні до 15 років не уникали профілактичних медичних обстежень, туберкулінової діагностики туберкульозу (проба Манту), а підлітки старші 15 років і дорослі – флюорографічних обстежень.

Профілактика туберкульозу базується на комплексі різних заходів, які спрямовані на запобігання захворюванню. Йдеться передовсім про своєчасне виявлення та лікування хворих.

в області знизилася – в абсолютних числах з 645 випадків захворювання 2008 року до 606 за відповідний період 2009 року, в показниках на 100 тис. нас. відповідно з 58,5 до 55,6.

Найвища захворюваність у Тернопільському, Зборівському, Борщівському, Підволочиському районах. Туберкульоз органів дихання знизився з 602 вип. в 2008 р. до 578 в 2009 р., в показниках на 100 тисяч населення відповідно з 54,28 до 52,86. Найвищий показник захворюваності зареєстрований в Борщівському, Збараському, Зборівському, Підволочиському, Тернопільському районах. Зростає відсоток вперше виявлених хворих з деструктивним туберкульозом 44,9 проти 44,7 за 12 місяців 2008 року.

Відсоток вперше виявлених хворих на бацилярний туберкульоз складає, як і 2008 року, 51,8%.

Насторожує зростання захворюваності серед дітей та підлітків. Так, за 12 місяців 2009 року виявлено 10 дітей та 19 підлітків, проти 8 дітей та 15 підлітків за відповідний період 2008 року. В показниках на 100 тис. нас. відповідно діти 5,8 проти 4,4 за той же період 2008 року, підлітки – 41,6 проти 30,9 за 12 місяців 2008 року.

Смертність від активного туберкульозу за 12 місяців 2009 року складає на Тернопіллі 10,10 проти 12,2 за відповідний період 2008 року.

За два місяці 2010 року знизився показник захворюваності на туберкульоз і становить 95 випадків усіх форм туберкульозу проти 107 за аналогічний період 2009 року, показник на 100 тисяч населення становить відповідно 8,7 (9,8 – 2009 р.), бацилярних форм – 40 випадків (52 випадки в 2009 р.), деструктивних форм – 40 випадків (44 випадки в 2009 р.) цього року виявлено 1 випадок туберкульозу серед дітей до 14 років. Серед підлітків туберкульоз не реєстрували (4 випадки за 2009 р.).

Найгірша ситуація склалася в Березанському, Збараському та Козівському районах, де 100% виявлених становлять запущені форми туберкульозу.

І. БЕНЧ, завідувача відділенням з профілактики туберкульозу відділу особливо небезпечних інфекцій обласного центру

ОБ'ЄКТИВ



Наталія ДОДЕРКО, Юлія ЯСІНСЬКА та Олена ЛАВРІНЧУК, студентки стоматологічного факультету (ліворуч); Роксолана ПАРАЩИК, медсестра-бакалавр (праворуч)

Фото Ярослава СТАРЕПРАВА



СТАРІТИ? А ЧИ ЗАЧЕКАТИ?

ЩО «НАПИСАНО» НА ОБЛИЧЧІ

«Трагедія не в тому, що ми старіємо, а що душа залишається молодою», — якось помітила неперевірена Фаїна Раневська. Залишатися вічно молодим неможливо — боротися з генетикою більш, ніж безглуздо. А от призупинити час і зробити процес старіння психологічно безболісним й фізіологічно безпечним, можна.

— Процес старіння, якщо образно мовити, — це частина великого циклу природи, що має назву Життя, а старіння шкіри є частиною програми, закладеної в ДНК кожної клітини нашого організму. Ось чому швидкість і ступінь старіння шкіри для кожного індивідуальні, — розповідає Світлана Галнікіна. — Ви, мабуть, помічали, що в одного перші зморшки з'являються раніше, в іншого — пізніше, у когось більше «гусячих лапок» навколо очей, а в іншого страждає тонус шкіри чи змінюється її колір. Щоправда, статистика свідчить: у кожній четвертій жінки шкіра виглядає старішою, ніж її біологічний вік.

ГОЛОВНІ ВОРОГИ СТАРІЮЧОЇ ШКІРИ

— Суть такої розбіжності реального та «шкірного» віку жінки, — пояснює професор, — в особливостях гормонального статусу, ферментативної активності та перемігу обмінних процесів. — Не останню роль тут відіграють й зовнішні фактори — ультрафіолетове випромінювання, мороз, вітер, інші екологічні чинники, шкідливі звички, харчування.

Сучасні косметологи розрізняють внутрішнє та зовнішнє (фотостаріння). Внутрішнє, або як його ще називають хроностаріння, обумовлене фізіологічно. Темпи біологічного старіння залежать від спадковості. Очевидні ж ознаки старіння у жінок з'являються в період менопаузи, коли знижується рівень статевих гормонів у клітинах.

До факторів фотостаріння спеціалісти відносять передусім надмірне сонячне випромінювання. Найбільш небезпечними для шкіри є ультрафіолетові, УФ-С промені, що подібні до рентгєнівських. Тому косметологи радять використовувати сонцезахисний крем не лише під час походу на пляж, а щодня у теплу пору року (з квітня до вересня), а також не надто захоплюватися солярієм. До речі, щодо останнього, то в Європі дерматологи вже давно забили на сполох і усіяко застерігають людей від цієї небезпечної процедури. В Німеччині цього року навіть суворо заборонили відвідувати солярій особам, яким ще немає вісімнадцяти років.

Узагалі ж формування зморшок — це поступовий процес. Перші можуть з'явитися вже в 15-20 років на чолі — горизонтальні зморшки «зосередженості», а також біля зовнішніх кутиків очей, віялоподібно поширюючись на скроневі ділянки й утворюючи «гусячі лапки». До 30 років можете зауважити ледь помітні поздовжні зморшки на верхніх повіках. У 25-

І справді, чому б не пригальмувати трішки колесо часу й помолодшати, скажімо, років на п'ять чи навіть десять. Спробувати ніколи не пізно, запевняють досвідчені фахівці. Отримати владу над зморшками під силу кожній жінці, стверджує доктор медичних наук, професор курсу дерматовенерології Тернопільського медичного університету ім. І. Горбачевського, член Американської академії дерматології Світлана ГАЛНИКІНА.

30 років формуються зморшки на місці «ямочок» на щоках, до 35-40 років вони видовжуються і з'єднуються під підборіддям у глибокій складці. Після 30 років помітніше виявляються, з'єднуючись у носогубних ділянках, зморшки й складки «скорботи», надаючи обличчю сумного виразу. А після 40-45 років, коли йдеться про гормональне старіння, стає зморшкуватою шкіра біля основи носа та навколо рота. На верхній губі й підборідді виникають так звані «мавп'ячі» зморшки.

ЗМОРШКИ — ГЕТЬ

Коли Світлана Галнікіна спілкується із жінками, юними пацієнтками, вони часто запитують її, чи можна зробити так, аби шкіра щонайдовше залишалася молодою. Незважаючи на величезну кількість нині надсучасних технологій, починаючи з пілінгів і завершуючи омолодженням власними стовбуровими клітинами, професор хоче дати прості та доступні для кожного поради.

Як не дивно, але головна небезпека криється в сонячних променях. Фотостаріння нині є провідним фактором значного погіршення естетичних характеристик шкіри обличчя, шиї та зони декольте. Тому уникайте зайвої інсоляції, активний захист від сонця допоможе вам значно продовжити молодість вашої шкіри.

— Маючи таку властивість як «генетична пам'ять», наша шкіра чітко фіксує всі сонячні передозування, навіть незначні опіки у ранньому дитинстві, — каже Світлана Галнікіна, — безжалісно викреслюючи у подальшому з молодості рік за роком. — Зневоднення, зтоншення, велика кількість дрібних зморшок, гіперпігментовані плями — такі «відбитки» можна побачити на шкірі людей, які нехтують цим простим правилом. Бувають й більш серйозні наслідки, маю на увазі онкологічну патологію.

Наступна проблема — куріння. Від нього варто відмовитися. Можливо, для когось ця порада видається дещо банальною, але чисельні дослідження доводять: шкіра жінок, які палять, старіє у чотири рази швидше, бо ж нікотин дуже згубно впливає на її стан. Якщо вже не в силі відмовитися від такої шкідливої звички, то варто подбати про надходження в організм достатньої кількості таких вітамінів, як А, С, Е та провітаміну бета-каротину.

Не можемо залишити осторонь й раціонального харчування. До «чорного списку» вашого раціону можете сміливо заносити майже всі кондитерські вироби, більшість сучасних молочних продуктів, які містять крохмаль і мо-

дифіковані добавки, рафіновані олії, солодкі напої та промислові соки. Це — невластиві для нашого організму речовини, які руйнують клітинні мембрани, значно прискорюючи старіння, і шкіри, звисно, також. Тому логічним було б запитання, а чи є продукти харчування, які можуть відтермінувати старість. Компонентами молодості можна назвати злакові, що не зазнали значної технологічної обробки, також низькокрохмалисті овочі, як-от: капуста, зеленина, перець, томати. На найвищій сходінці уповільнення старіння — розмаїті ягоди, особливо, червоного та чорного кольору (малина, смородина, ожина, чорниця і



Професор Світлана ГАЛНИКІНА

т.д.). А от екзотичні фрукти, які позиціонуємо як джерело корисних речовин, ліпше вживати у невеликій кількості.

Значно пришвидшують старіння шкіри дієти для схуднення. Як правило, людина, яка «сидить на дієті» вживає одноманітну їжу, відтак організм не забезпечений усім необхідним, безперечно, при цьому страждає й шкіра. Чи не основною ж умовою для підтримання гарного турбору дерми є стабільна вага. А різке схуднення аж ніяк не поліпшує її стан, особливо коли йдеться про шию та обличчя. Варто згадати, що підшкірний жировий прошарок — це депо естрогенів, які водночас саме й забезпечують належний стан шкіри та волосся, також він постачає усі необхідні поживні речовини.

На шляху до молодості здорової шкіри, звисно, потрібно врахувати й психологічний стан людини. Недарма ж емоційні французи кажуть, що обличчя жінки — це її біографія. Тому перша лінія вашої антивікової програми має базуватися на уникненні стресів. Можливо, це потребує роз'яснення, бо,

здавалося б, яким чином впливає наш душевний стан на шкіру? Вся суть у тому, що стреси призводять до різкого спазму судин, у результаті стресовий гормон (кортизон) гальмує процес колагеноутворення й шкіра виснажується, морщиться, а відтак й старіє значно швидше. Не можна залишити поза увагою й хронічний стрес, синдром вигорання на роботі, які знижують захисні функції шкіри, виснажують енергетичний потенціал її клітин.

Хотілося б застерегти жінок: не довіряйте рекламі, особливо чудодійних косметичних засобів. Як правило, це призводить до того, що їх використовують не за призначенням. Таке явище навіть набуло терміну «косметичний полон». Ліпше було б піти на прийом до лікаря-дерматокосметолога, бо лише він може розгадати «таємницю» «магічної» баночки з кремом чи дати поради з приводу призначення таблетованого препарату. За моїми спостереженнями, найчастішою помилкою, яку допускають жінки у виборі косметичного засобу, є те, що він не відповідає віковій категорії споживача, а також типу шкіри. Сучасний термін «персоналізація» лікування у цьому випадку є актуальним як ніколи.

І пам'ятайте: ваша шкіра обличчя, зони декольте потребує надзвичайно бережного ставлення, наносьте косметичні засоби легкими, плавними рухами, поплескуючи подушечками пальців від центру до периферії. Одне з головних табу: залишати макіяж на ніч. Не рекомендую й користуватися одним засобом тривалий час — шкіра має «відпочивати».

Якщо ж вдається до апаратних методик, дотримуйтеся їх періодичності, позаяк деякі з них можна використовувати лише один або ж два рази на рік. Добір процедур має залежати від мети, якої хоче досягти пацієнт. Скажімо для досягнення гарного ліфтиногового ефекту або як ще його називають «ефекту підтяжки», рекомендувала б мікротокову терапію. Одна з її переваг — неінвазивність.

КОРИСНІ ПОРАДИ

Вони є частиною anti-age (антивікової) програми, яку пропонує лікар пацієнткам делікатного віку. З віком, у період менопаузи в жіночому організмі, як відомо, починає зменшуватися кількість жіночих статевих гормонів — естрогенів. Коли їх недостатньо, шкіра швидше старіє. Аби дещо загальмувати цей природний процес, лікар радить вживати рослини, що містять фітоестрогени, речовини, які за своєю будовою «нагадують» жіночі статеві гормони.

Приміром, до фітоестрогенних рослин належать соя, хміль, гранати, фініки, червона конюшина, люцерна, дикий ямс, донг-квей. Ці рослини, а також біологічно активні добавки, до яких вони вхо-

дять, ліквідують симптоми перед менопаузою та менопаузи, зменшують явища гірсутизму, а також позитивно впливають на старіючу шкіру, адже посилюють синтез колагена та еластину, стимулюють оновлення клітин шкіри і нормалізують синтез ліпідів епідермального бар'єру. Фітоестрогени — це природне джерело молодості та краси. Своїм пацієнткам лікар радить вживати ще й олію льону, яка, крім фітоестрогенів, містить омега-3 та омега-6 ненасичені жирні кислоти. Але не у вигляді масок чи косметичних кремів, а всередину, як приправу до салатів чи просто можна випити столову ложку продукту зранку натщесерце.

— Багато косметологічних компаній, яким відомий омолоджувальний та оздоровлюючий ефект фітоестрогенів, додають ці речовини в косметичні засоби, — каже Світлана Галнікіна. — Іноді на етикетці можна побачити, скажімо, 20, 30 чи навіть сорок відсотків лляної олії у кремі. Але навіть і 50% концентрації цієї олії при нанесенні на шкіру обличчя не справлять ефекту, бо розщеплення фітоестрагонів відбувається ферментами шлунково-кишкового тракту. Отож, як бачите, краще вживати такі продукти всередину, а принцип «чим більше, тим краще» тут не спрацює.

Дія фітоестрогенів не обмежується їх естрогеноподібним впливом. Майже всі вони є потужними антиоксидантами, мають бактерицидні та фунгіцидні властивості. Особливо потужні за дією катехіни містить білий чай. Імператорський — саме так називають його у Китаї. Це улюблений засіб від зморшок та головний жіночий секрет краси і молодості, що передається китайцям від покоління до покоління. Білий чай містить речовини, що стримують процес старіння шкіри й запобігають появі злоскісних пухлин шкіри. До того ж захисні властивості білого чаю у багато разів вищі, ніж у зеленого чи чорного. Він багатий на вітаміни, особливо С та В, покращує травлення, зміцнює імунну систему, захищає організм від вірусів і бактерій, містить вітаміни Р, що зміцнює стінки судин. Цікаво, що для цього слабоферментованого різновиду чаю використовують лише молоді сріблясто-білі бруньки та листочки, збираючи їх лише чотири дні на рік, не піддають скручуванню, штучному сушінню, ферментації.

Зовнішній вигляд шкіри, а також її зволоження значною мірою залежать й від стану кровоносних судин дерми. Тож необхідно вживати біологічно активні добавки, які покращують мікроциркуляцію в тканинах. Диво-рослиною для цього вважають гінкго-білоба. Поліфеноли, які містить ця рослина, мають могутню антиоксидантну дію, сприяють впливають на кровоносні судини, зміцнюючи їхні стінки та підвищуючи тонус. Такою ж дією володіє рослина готу-кола (центела азіатика).

**Розмову вела
Лариса ЛУКАЩУК**

«ОЗДОРОВИТИ СУСПІЛЬСТВО»

наукова робота? Адже ви є членом студентського наукового товариства.

— Про проект «Оздоровити суспільство» довідався з «Інтернету». Прочитав про нього на німецькому сайті з баннером Конрада Аденауера (канцлера Федеративної Республіки Німеччина). Зацікавившись, зайшов на офіційний сайт братів Кличків, де теж була інформація про конкурс есе, мета якого — заохотити українську молодь замислитися над тим, що саме вона може зробити для формування здорового суспільства, підтримати тих, хто хоче зробити свій внесок у розбудову. До участі в конкурсі запрошували молодих українців від 16 до 25 років. Авторам есе пропонували висловитися на тему: як ви розумієте поняття: «здорове суспільство», яке суспільство можна вважати здоровим і що треба зробити в Україні для формування здорового суспільства. Захотілося поділитися думками з цього приводу.

Есе написав за ніч, бо вдень часу не було. Після вимушених «грипозних» канікул в університеті відновилася навчання, тож доводилося надолужувати згаєний час. Але писалося легко, мабуть, тому, що ідея «зачепила». Написав, відправив. А одного дня пролунав дзвінок з Києва: «Вітаємо вас з перемогою у конкурсі есе. Запрошуємо до участі в наступному етапі проекту — творчих студіях. Вони відбувалися з 1 до 5 березня. Віктор був єдиним представником Тернополя та студентства нашого міста. А повернувшись, детальніше розповів про свою участь у конкурсі та враження від нього.

Так називається спільний проект Фонду братів Кличків та Фонду Конрада Аденауера (Німеччина), у рамках якого відбувся конкурс есе на однойменну тему. У ньому взяв участь студент 3 курсу медичного факультету ТДМУ Віктор Репута. І вийшов у лідери. Експертна комісія конкурсу визнала його есе одним з кращих. Віктора запросили до Києва для участі в наступному етапі проекту — творчих студіях. Вони відбувалися з 1 до 5 березня. Віктор був єдиним представником Тернополя та студентства нашого міста. А повернувшись, детальніше розповів про свою участь у конкурсі та враження від нього.

ступному етапі проекту — творчих студіях».

П'ять днів у столиці пролетіли дуже швидко. Для нас зорганізували цікаві тренінги з вдосконалення навичок планування й реалізації проектів. Крім того, мали зустріч з Віталієм Кличком, брали участь у засіданні клубу Фонду Конрада Аденауера, а також була цікава культурна програма. Проживали в готелі «Ірпін». Нам це нічого не коштувало, бо всі витрати взяли на себе організатори творчих студій. До речі, з 47 учасників я був наймолодший.

Знання, отримані на тренінгах і семінарах, допомогли розробити практичні заходи з втілення власних проектів. Кожен запропонував свій, але тема була спільна — здоровий спосіб життя, оздоровлення.

Мій проект називається «Ура, фізико!» і стосується розвитку фізкультури та спорту — запоруки здоров'я, впровадження більш ефективних методів навчання дітей на уроках фізичного виховання в школах. Опитування свідчать, що діти неохоче відвідують ці уроки, вони їм не подобаються. Преса ж писала й про трагічні випадки на фізкультурі: виконуючи нормативи, померло кілька школярів. До речі, саме до складання нормативів зводилося залучення до фізкультури за радянської системи фізвиховання. Чи не краще вбудувати систему, коли діти не складатимуть іспити на швидкість і витривалість, а гратимуть в спортивні ігри, які їм подобаються, займатимуться в спортивних секціях, зміцнюючи своє здоров'я. Союзників у лобі-



юванні пропонує змін вбачаю в учителях фізкультури, а також в депутатах Київради з блоку Кличка. Впевнений, в Міністерстві сім'ї, молоді та спорту теж знайдуться люди, які нас підтримують.

Чий проект найкращий — визначить експертна рада конкурсу. Переможець отримає грант для його реалізації. «Бонус» — поїздка в Німеччину для обміну досвідом.

— Щиро зичу вам перемоги і на цьому етапі проекту. А якій темі присвячена ваша

— Сесію як склали?
— На «відмінно».

— Батьки, переконана, вами пишуться. А звідки ви родом?

— З Рівного. Там закінчив медичний коледж, отримавши диплом з відзнакою. А в університеті моє бажання вчитися є більш зміцніло. Знання — це передусім.

— Спортм встигаєте займатися?

— Після заняття час від часу граємо з друзями у баскетбол.

Оксана БУСЬКА

ЕСЕ

CREDO

Загальновідомо, що справжню вартість деяких незаперечних цінностей усвідомлюємо лише тоді, коли втрачаємо їх. До них слід, безумовно, віднести здоров'я. Бо ж більшість з нас, пересічних громадян, у виснажливому життєвому марафоні, гонитві за матеріальним добробутом і життєвим успіхом забуває, що найцінніше в людини — то не гроші й достатки, а здоров'я. Цю думку влучно підкреслює відомий вислів: «Здоров'я — це ще не все, але все інше без нього — це ніщо». Та якою б банальною й правильною нам не здавалася ця думка, дуже часто ми забуваємо про це. Виправдовуємося самі перед собою тим фактом, що завжди важливий лише результат, забуваємо про головне й «вмикаємо» свій український прагматизм, який, як нам здавалося, ніколи нас не підводив. І попри це, стикаючись з реальністю тієї хвилини коли учергове отримуємо «копняка під зад», знову пригадуємо, що ми лише люди, а не ЕОМ, які спроможні на подібні «подвиги» 24 години на добу, 7 днів на тиждень. Отож спробуймо зняти завісу невідомості та визначитися, що ж, власне, приховано за цим поняттям.

DE JURE

Можна довго аналізувати історичні аспекти формування поняття здоров'я. Почати ще від античності й грецьких філософів, становлення демократичної концепції здоров'я й зважити на християнство та безліч інших чинників, які протягом певних історичних періодів мали прямий чи опосередкований

вплив на формування концепції здоров'я. Зрештою, варто одразу звернутися до того сучасного уявлення здоров'я, яке акумулює всі попередні досягнення людства у цьому напрямку.

Уперше таке офіційне визначення здоров'я подав Річард Сігеріст (США) на початку 1940 р., яке виявилось набагато ширшим від античних уявлень про фізичне й душевне здоров'я. Він зазначав, що ми повинні сприймати здоров'я не лише як фізичний чи душевний стан людини, але й як соціальне явище. Це надихнуло експертів ВООЗ на визначення поняття «здоров'я» в контексті концепції Р. Сігеріста, що й було 1946 р. прийнято як частину преамбули Статуту ВООЗ: «Здоров'я — це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад».

Пізніше 14 листопада 1997 року ВООЗ на розгорнутій дискусії прийняла рішення щодо поправки до поняття «здоров'я», погодившись на тому, що «здоров'я — це динамічний стан», залишивши решту змісту визначення, по суті, без змін. Саме таку офіційну концепцію здоров'я маємо нині.

Як бачимо, світова наука розробила цілісний погляд на здоров'я як феномен, що інтегрує принаймні чотири його сфери або складові — фізичну, психічну (розумову), соціальну (суспільну) та духовну. Всі ці складові невід'ємні одна від одної, вони тісно взаємопов'язані і саме разом, у сукупності визначають стан здоров'я людини. Для зручності вивчення, полегшення методології дослідження феномена здоров'я наука диференціює поняття фізичного, психічного, соціального й духовного здоров'я.

DE FACTO

Зрозуміло, що у реальному житті всі чотири складових — соціальна, духовна, фізична, психічна — діють

одночасно і їх інтегрований вплив визначає стан здоров'я людини як цілісного складного феномена. Та на практиці, відкинувши всю філософію й догматику, все виглядає значно простіше й зводиться до кількісного та якісного компонентів фактичної детермінанти захворюваності конкретного індивіда протягом певного часового відрізка. Саме так і виглядає оцінка стану здоров'я у медичній документації та статистиці.

Здавалося б, ми відкидаємо більшу частину складових цього поняття, та насправді це не так. Попри деяку футуристичність визначення поняття здоров'я ВООЗ, є одна річ, яку їм все ж вдалося чітко підмітити. Саме визначення здоров'я як динамічного стану є надзвичайно важливим, адже зважаючи на той факт, що кожна сфера взаємно впливає і виходять одна з одної, перебуваючи у стані динамічної рівноваги. Тобто, деякий негативний вплив на одну із сфер здоров'я викликає порушення стану цілісної системи загалом. Отож, оцінюючи хоча б фізичний аспект цього поняття, відображаємо загальний стан здоров'я.

AD FONTES

Очевидним є факт, що в сучасних оцінках здоров'я населення у глобальних масштабах домінує соціальний аспект. Напевно, тому, що соціально-економічний розвиток суспільства стає визначальним у формуванні стану здоров'я популяції. Це саме те, що твердить нам відверта реальність, відкинувши усю теорію.

Моя думка з цього приводу полягає в тому, що NUMERO UNO проблеми, які розглядають, — це ГРОШІ. Якщо вдатися до термінології, то фінансово-економічна ситуація — в суспільстві, не в країні, а передовсім у суспільстві, у людей. Вводжу це уточнення для того, аби підкреслити, що в Україні ці поняття зазвичай розходяться у своєму змісті та значенні. Це, власне, й

відображає наше з вами реальне існування чи життя, словом, у кого син й в усіх сферах є наслідком нашого фінансового становища, яке є визначальним чинником нашого здоров'я.

Насправді цей фактор є «наріжним каменем» існуючої проблеми. Саме від цього залежить, коли кожен з нас прокидається зранку, що буде у нього на сніданок, яким транспортом добиратиметься на... ні не роботу, а, можливо, й роботу, це теж змінюється у різних випадках... Як буде відобразитися турбота про здоров'я людини, що змушена працювати по 12 годин на добу, якщо не більше, яка харчується низькокалісними продуктами харчування класу «продуктів третинної переробки нафти», витрачає на сон і відпочинок лише 4 години на добу? Саме це я й вважаю проблемою здоров'я нашого суспільства. Не проблеми харчування, не гіподинамію (низьку фізичну активність) і навіть не екологію... Все це можна дуже правильно й гарно декларувати з трибуни, і ніхто вам не заперечить, та не це є першоосновною.

Я не веду мову про багатство й не намагаюся стверджувати того, що розв'язання проблеми здорового суспільства є мільйони на рахунок у швейцарському банку. Кажу про здоровий баланс насамперед. Соціальна стратифікація, яка існує у суспільстві, є невід'ємним його явищем, як, власне, й саме суспільство. Комуністична концепція зрівнялівки, яку одного разу вже намагалися впровадити в життя, була із самого початку утопічною й приреченою на загибель. З іншого боку, маємо досвід Західної Європи, де все ж таки масову бідність вдалося подолати. Саме тому пропоную для початку досягти хоча б цього рівня не впадаючи в крайнощі українського фанатизму. Ще Сенека у Моральних листах до Луцилія писав: «Nemo nascitur dives» (лат. «Ніхто

не народжується багатцем»). Мало просто дати гроші для людини, сподіваючись, що це розв'яже її проблеми. Тому хотів би запропонувати інше.

Мене дивує багато речей у нашому суспільстві... Вони втрачають здоров'я, заробляючи гроші, а потім втрачають гроші, намагаючись відновити здоров'я. Вони так багато думають про майбутнє, що забувають про сьогоднішнє. Вони живуть так, ніби ніколи не помруть, а помирають так, ніби ніколи й не жили. Цей перелік парадоксів можна наводити й далі, та знаємо, що в нашій державі, в нашому суспільстві, в нашій свідомості немає здоров'я як такого. Немає раціональності, немає свободи, немає законів, які б працювали. Тому й маємо таку парадоксальну ситуацію у нашому здоров'ї, в державі, яка не працює для суспільства.

SAPIENTI SAT

Що ж необхідно зробити для створення здорового суспільства? Це питання настільки глобальне, що інколи простіше запропонувати чергову панацею, яка гарно «піде з трибуни», та реально не буде діяти, як завжди. Пропонувати програму фінансово-економічного розвитку України теж не буду, адже не в тому перебуваю становищі, принаймні зараз. Та хотів би запропонувати те, що необхідно покласти в основу моделі здорового суспільства. А це, власне, суспільство, СВІДОМЕ СУСПІЛЬСТВО!!! Ось що нам необхідно. Суспільство, в якому кожен його індивід буде усвідомлювати себе самого та свою роль на дещо вищому рівні, ніж овоч. Лише тоді будемо цінувати той дар, який одного разу отримали й навчимося його використовувати.

latque opus exegi...

**Віктор РЕПУТА,
студент медичного
факультету**

КОМП'ЮТЕР ТА ОЧІ

В Україні понад 8 мільйонів користувачів комп'ютерної техніки. Це кожен п'ятий з нас. Люди, які проводять за комп'ютером більше двох годин щодня, часто не замислюються над тим, як це впливає на здоров'я. Тим часом у них знижується гострота зору, повільно «наводиться фокус» із ближніх предметів на дальні, зображення починає «двоїтися». Читаючи, вони швидко втомлюються, скаржаться на відчуття «піску» під повіками, болі в області очних ямок і чола, почервоніння очей. Фахівці такий стан називають «комп'ютерним зоровим синдромом», або «синдромом сухого ока».

Проблема в тому, що око людини сприймає відображення електромагнітних хвиль, а на комп'ютері «картинка» формується за рахунок крапок, що світяться. Вона змінюється з високою частотою, а це негативно впливає на зір. Коли очі працюють в природному режимі, наші повіки моргають до 20 разів за хвилину. При цьому дві тисячі слізних залоз змащують рогівку. А коли ми зосереджено дивимось на монітор, то повіки таких рухів не роблять. Як наслідок, очі пересихають, а ми страждаємо від фолікулярного сухого кон'юнктивіту і відчуваємо дискомфорт. Можлива поява або прогресування вже наявної короткозорості. У людей, які постійно працюють на комп'ютері



протягом кількох років, короткозорість зустрічається значно частіше, ніж у їхніх ровесників, життя яких не пов'язане з комп'ютером. У більшості користувачів скарги на здоров'я з'являються через чотири години і практично у всіх — через шість годин роботи за екраном. Менше навантаження на зір при зчитуванні інформації з дисплея, більше при її введенні. А найсильніше стомлюються очі при роботі в діалоговому режимі, з комп'ютерною графікою.

Лікарі радять: щоб захистити очі, треба дотримуватись певних правил. До речі, їх чимало, і дрібниць тут не існує. Має значення все: освітлення у приміщенні, положення тіла при роботі, навіть колір обладнання.

Дослідженнями встановлено, що найбільш істотно знижують зорову працездатність червоний та синій кольори корпусу монітора, а найоптимальнішим кольором є бежевий. Світло (природне або штучне) має падати на екран збоку (краще з лівого). Якщо доводиться працювати з зображенням на екрані і документами на папері білого кольо-

ру, краще, щоб екран був білим з чорними символами. При роботі з кольоровими об'єктами на паперових носіях слід використовувати на екрані кольори зелено-блакитної частини спектра. А от під час роботи лише з екранним зображенням кращими виявились блакитний колір екрана і чорні символи. Оптимальна відстань до екрана — 40-60 сантиметрів, при цьому його верхній край має бути розташований на рівні очей або трохи нижче, щоб забезпечити погляд на нього згори донизу — так очі менше напружуються. До того ж краще використовувати плоскі монітори, які не викривляють зображення.

Слід також пам'ятати, застерігає лікар, що до групи ризику потрапляють ті, хто палить. Паління руйнує лютеїн (головний пігмент макули — ділянки, де найбільш точно фокусуються світлові промені й найкраще сприймаються світлові подразнення). Лютеїн захищає сітківку від надто яскравого світла. Для очей ця речовина — справжня «швидка допомога». Лютеїн, подібно сонцезахисним окулярам, відбиває шкідливі світлові промені і в той же час зв'язує шкідливі вільні радикали, перешкоджаючи руйнуванню сітківки. Вміст лютеїну в сітківці курця постійно зменшується. Незбалансоване харчування й постійний стрес теж вкрай несприятливі й можуть бути віднесені до чинників ризику.

Щоб зберегти зір, потрібно вживати продукти, багаті вітамінами А, Е, С і мікроелементами — цинком, міддю, хромом, селеном. Вітаміном А багаті морква, салат, зелений горошок, диня, помідори, печінка. Вітамін Е міститься в овочах, бобових, зелені. Вітамін С — у шипшині, смородині, квашеній капусті, цитрусових. Лютеїн — у капусті броколі, червоному перці, жовткуні, шпинаті.

Тим, хто має проблеми із зором, корисні вранці зелені салати з капустою, цибулею, кропом, шпинатом, петрушкою. У салати можна додавати соняшникову, кукурудзяну або оливкову олію. Всім без винятку і для лікування, і з метою профілактики лікарі радять їсти сімейну мультівітамінну страву — борщ. Адже в ньому є все — і жиророзчинні компоненти, і вітаміни, і мікроелементи.

Через кожні 45 хвилин роботи варто робити п'ятихвилинну перерву та гімнастику для очей. Наприклад, таку (тривалість 2-3 хвилини):

1. Спрямувати погляд без затримки: ліворуч — прямо, праворуч — прямо, вгору — прямо, вниз — прямо. Повторити до 10 разів.

2. Переводити погляд по діагоналі: ліворуч — донизу — прямо, праворуч — догори — прямо, праворуч — донизу — прямо, ліворуч — догори — прямо, поступово продовжуючи затримку в кожній позиції. Повторити до 10 разів.

3. Рухати очима по колу: 10 кіл в одному напрямку, 10 у протилежному. Починати швидко, потім робити якомога повільніше.

ЩОБ ЗБЕРЕГТИ ХРЕБЕТ ЗДОРОВИМ

УНИКАЙТЕ ПОЗИ ЕМБРІОНА!

Щоб зберегти хребет здоровим, слід дотримуватись системи правил щодо поведінки в ліжку, на робочому місці та в побуті. Третину свого життя ми проводимо уві сні, тому положення під час нічного відпочинку має важливе значення для організму.

Якщо людина спить на спині, максимально відпочивають шия та попереки, на животі — грудний відділ. Позу під час сну бажано обирати залежно від скарг. Для тих, хто не має проблем зі здоров'ям, головна умова — це зручність та комфорт. Єдине не рекомендоване лікарями положення під час сну — це так звана поза ембріона. Коли зранку ми почуваємося виспаненими, у нас нічого не болить — зауважень щодо культури сну немає. Біль у спині, шиї чи м'язах — сигнал організму про порушення правил сну.

Обираючи ортопедичний матрац, слід враховувати особисті проблеми та потреби організму. Найкраще мати тверде ліжко та матрац товщиною 10-15 см.



Ліжко не має прогинатися — це призводитиме до неправильного положення хребта. Чим молодша людина, тим твердішим має бути ложе, чим старша — тим м'якшу постіль може собі дозволити. Слід також враховувати особливості маси тіла — чим більша вага, тим м'якшим має бути ліжко для її правильного розподілу.

Оптимальна товщина подушки — близько 5-7 см. Погано, якщо вона надто велика або висока: напівсидіти під час сну — неприпустимо. Спати на зовсім

пласкій подушці або без неї — також шкідливо.

ЖИТТЯ БЕЗ РІЗКИХ РУХІВ

Виконуючи роботу по господарству, ніколи не нахиляйтесь з прямими колінами, уникайте різких рухів тулуба. Не можна тривалий час перебувати у зігнутому положенні.

Неабияке значення має вибір взуття. Якщо ви звикли до високих підборів, не можна

різко переходити на пласку підшву. Потурбуватися про відповідне взуття потрібно любителям спорту. Займатися краще на паркеті або ґрунті, а от фізичних вправ на асфальті краще уникати.

Дотримуватись правил безпеки слід не лише на роботі, а й під час відпочинку.

Крісло для читання та перегляду передач має бути м'яким і широким. У жодному разі не читайте лежачи — це виснажує не лише хребет, а й всі системи організму.

КАВА ЗАХИЩАЄ ТА РЯТУЄ

Співробітники дослідницького підрозділу американської організації охорони здоров'я Kaiser Permanente з'ясували, що шанувальники кави рідше звертаються до лікарень зі скаргами на нерівне серцебиття. І чим більше філіжанок кави випиває щодня людина, тим рідше у неї виникають проблеми з серцем.

Вчені досліджували понад 130 тисяч чоловіків і жінок від 18 до 90 років і дійшли висновку, що ризик шпиталізації з порушеннями серцевого ритму знижено на 18% у тих, хто п'є по чотири і

більше філіжанок міцної кави щодня. У тих, хто вживає одну-три філіжанки кави щодня ризик скорочений на 7%.

І хоча цей зв'язок не може автоматично бути доказом того, що кава береже здоров'я серця, тепер можна стверджувати, що напій не завдає шкоди.

Кава також рятує від інсульту. Дослідження, яке провели фахівці Кембріджського університету (Великобританія), показало, що лише 71% кавоманів ризикують отримати апоплексичний удар. При цьому абсолютно все одно, яку кількість кави лю-

дина випиває за день — одну філіжанку чи чотири. Більше того, не має значення і вид напою, тобто протиінсультними властивостями володіє і натуральна, і розчина, і декофеїнізована кава.



Доведено ще й те, що кава захищає жінок від раку ендометрію, чоловіків — від раку передміхурової залози і предстатників обох статей — від діабету.

КОРОЛІВСЬКИЙ ПЛІД



Вчені дійшли висновку: щоденне споживання граната знижує ризик виникнення раку молочних залоз.

Під час досліджень виявили, що ріст ракової пухлини блокується завдяки особливим речовинам — елаготанінам, які містяться у гранатовому соці та знижують вироблення жіночих

статевих гормонів — естрогенів. Дослідники переконані, що винайдене сполучення може відіграти вирішальну роль у блокуванні росту злоякісної пухлини молочної залози. Можливо, зроблені висновки сприятимуть створенню ліків від онкологічних недуг.

Гранат — панацея від усіх хвороб. Він покращує обмін речовин, зміцнює імунну систему, насичує організм вітамінами та великою кількістю корисних речовин. Не даремно на Сході з давніх-давен цей фрукт називали королем усіх плодів. Гранатовий сік рекомендують пити при виснаженні організму, недокрів'ї, атеросклерозі, респіраторних інфекціях, бронхіальній астмі, ангіні, радіактивному опроміненні. Солодкі сорти граната зарекомендували себе як відновлюючий засіб після пере-

несених інфекційних захворювань та операцій, ниркових коліках та шлунково-кишкових розладах. Кислі сорти допомагають при діабеті. Щоправда, гранатовий сік протипоказаний при виразковій хворобі шлунку, гастриті з підвищеною кислотністю шлункового соку.

Дари природи потрібні завжди, особливо — у зимово-весняний період. Фруктів забагато не буває: якщо ми разом з ними споживаємо зайві речовини, вони не засвоюються.

Приділяючи багато уваги фігурі, жінки намагаються якомога менше їсти, а даремно: лише збалансоване калорійне харчування допомагає боротися з пухлинами.

Слід пам'ятати, що лише натуральна їжа зміцнює опірність організму до хвороб. Не варто зловживати напівфабрикатами та продуктами тривалого зберігання. Чим більший термін придатності — тим більша хімічних речовин містить продукт, тому, як він діятиме на організм — невідомо.

28 БЕРЕЗНЯ – ВЕРБНА НЕДІЛЯ

Вхід Господній в Єрусалим святкують в останню неділю перед Великоднем. За євангельською оповіддю, коли Ісус Христос воскресив з мертвих Лазаря, люди, які бачили це, повірили, що він справді Син Божий. Коли Ісус в'їжджав на віслюковій до Єрусалима, то люди, вшановуючи його, встеляли дорогу своїм одягом, а також пальмовим гіллям. Відтоді на згадку про цю подію віруючі напередодні свята несуть до церкви зелені гілочки дерев. У нас таким деревом стала верба, як відображення особливостей природи України. На цей час вона криється зеленим листям, тому в народі свято називають Вербною неділею. Святкують її за тиждень до Великодня, а весь тиждень називають вербним.



Освячені гілочки верби залишали за образами, садили на городі. Якщо ж проросте, то, коли є неодружений хлопець чи дівчина, вони обов'язково одружаться, у Вербній тиждень не можна сіяти конопель і городни, бо «буде ликувате, як верба». Не сіяли колись у цю пору і буряків, бо «будуть гіркі». Вербовими гілочками розпалювали у печі, коли пекли паски. А хлопці й дівчата билися вербою, примовляючи:

*Не я б'ю – верба б'є,
За тиждень – Великдень,
Недалечко – червоне яєчко.*

Від Вербної неділі починали активну підготовку до Великодня: розписували писанки, начиняли ковбаси, випікали обрядове печиво, а також пшеничну паску, а подекуди й солодку сирну бабку. На страшний (чистий) четвер кожна господиня намагалася принести з церкви запалену свічку. Нею випалювали хрести на стелі й дверях, сподіваючись захистити свій дім від злих духів. Тож для Вербної неділі характерні і народний дух, і народна символіка.



МУДРОСЛІВ'Я

РУБРИКУ ВЕДЕ ПРОФЕСОР **БОРИС РУДИК**

ЖИТТЯ У РОЗМАЇТТІ

Афоризми – тези життя та його мудрості.

Бензин біля вогню не тримають.

Впливає, як на зайця, світлофор.

Де свої кусаються, нехай чужі не втручаються.

Життя зупиниться без боротьби за життя.

З добрим ріднись, з поганим не водись.

За морем тепліше, та дома миліше.

І сміх, і гріх, і сльози.

Інколи афоризм має більшу цінність, ніж читання роману.

Кого не можна перевиховати, того слід пережити.

Краще яйце сьогодні, ніж курка завтра.

Коли хочеш зберегти голову, бережи язик.

Людину характеризує більше те, про що вона мовчить, ніж те, про що вона говорить.

Немає лісу без вовка, а села без лихого чоловіка.

Не зарікайся, трапляється, що і на мудрому чорт катається.

Прийшло щастя – будь пильним, прийшло горе – будь мужнім.

Панам настав рай, але буде колись край.

Сто людей – сто різних думок, бо у кожного своя правда.

Сила є – розуму не треба.

У Бога просять, а чортів слухать.

Украв, випив і у в'язницю.

Щире слово – половина щастя.

Якщо красти, то мільйон, якщо любити, то королеву.

Якби не свинуватий, то не був би і багатим.

Відповіді у наступному числі газети

СКАНВОРД

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| 3. Вітання у Великодні свята | 1. Дія | 4. Спуктування грів людиною | 5. Свято-вий сьомий день | 2. Все-вишній | 6. Печений виріб з тіста |
| | | 7. У тюркських народів – армія | 8. Духовий клавішний муз. інструмент | | |
| | | 9. Бивень | | | 10. Храм |
| | | 11. Глибока довга западина | 12. Титул вищого дворянства | | |
| | | 13. Тарілка, що лігас | 14. Українська ТРК | 15. Леонардо ... Капріо | 16. Сотка |
| | | 17. Рак | 18. Глибини землі | | 19. Останнє слово молитви |
| 20. Син Давида, мудрець | 21. Автор Євангелія | 22. Один з «авторів» Біблії | | | |
| | 23. Фон | | | 24. Риб'яча, кабачкова | 25. Одяг священника |
| 26. Тривалість життя | | 27. Розчин для нігтів, меблів | | | |
| 28. Кількість надоеного молока | 29. У латинян – вода | 30. Латинська літера | | 31. Спір | 32. У поляків – Іван |
| | | 33. Руданський | | | |
| | | 39. Укр. поет, в'язень сумління | 40. Австралійський страус | 41. Професіонал | 35. Танцювальний крок |
| 38. Великодній хліб | | | | 43. Частина суші, що входить у море | 36. Сохатий |
| | | 44. Дружина Авраама | 45. Річка в Німеччині | 46. Вимірка в деталі | 37. Великодній пісня |
| | | | | 50. Пристрій для замикання дверей | 42. Син Божий |
| | | 51. Гора смерті Христа | 52. Невільник | | |
| | | 53. Планета | 54. Нота | 55. Забава | |
| 56. Полотно із зображенням тіла Ісуса | | 57. Шарф, зм'я | | 58. Видатний укр. кардіохірург | 59. Яйце, розмалюване в один колір |
| | 60. Укр. повстанська армія | 61. Куляста скляна посудина | | | |
| | 63. Місто в Нідерландах | 64. Табір для авто туристів | 65. Хім. елемент | 66. Розносить ділову пошту | 62. Місто |
| | | 67. Одиниця роботи | 68. Пральний порошок | | |
| | 71. В індусів – мати богів | 72. Жіноче ім'я | 73. Піднесення, викликана не подією | 74. Плескатий корж | 69. З родини зонтичників |
| | | | 75. Країна в Західній Африці | 76. Видозміна кисню | 70. З ребра Адамового |
| | 79. Займенник | | 80. Монтан | 81. Англ. дівчина | 77. Тулуб, корпус людини |
| | 83. Майданчик для боксу | 84. Рчка в Індії | | 85. Фігмовий, лікарняний | 78. ...-банк |
| | | 86. Укр. літак | 87. Київський князь | 88. Жир рогатої худоби | 82. Хвалений вірш |
| 90. Тарілка | 91. Термін, Ахматова | | 92. Едем | 93. Савіна | 94. Роговцева |

Відповіді на сканворд, вміщений у № 5 (262) за 2010 р.

- Жінка
- Астрея
- Бегонія
- Єва
- Євшан
- Арфа
- Шеф
- Ара
- Етна
- Ерато
- Ляк
- Ткаля
- Азот
- Торт
- Ной
- Камасія
- Зять
- Як
- Гамбург
- Ля
- Ятір
- Мак
- Ар
- Ліки
- Бринза
- Красилів
- Данте
- Ан
- Аз
- Яр
- Анна
- Сенполія
- «Сон»
- Нюба
- Ікс
- Бал
- НЛО
- Одарка
- Троянда
- Ан
- Соломія
- Тесло
- ДОК
- Олія
- Ода
- СВ
- Дур
- Ікло
- Бог
- Гас
- Кін
- Ма
- Фрак
- Фа
- Пальма
- Ліс
- Ура
- Ксенія
- Каса
- Кіт
- Танк
- Село
- Котлета
- Еол
- Акр
- Скелет
- ООН
- Хна
- Льолек
- Етан
- «Ох»
- Ямб
- Омлет
- Талон
- Лан
- На