

МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

№ 23(208)

ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ
7 грудня 2007 року



І АІ ЕІ ОАІ І В

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ

І І АЕІ Е

**ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
ОГОЛОШУЄ КОНКУРС
НА ЗАМІЩЕННЯ
ВАКАНТНИХ ПОСАД:**

НА ФАКУЛЬТЕТІ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ:

— завідувача кафедри імунології, алергології та загального догляду за хворими — 1 посада;

вимоги до претендентів: наявність наукового ступеня, стаж роботи за фахом — не менше три останні роки, сертифікати на володіння англійською мовою та персональним комп'ютером, видані комісією ТДМУ згідно з наказами № 187 від 27.07.98 р. та № 725 від 28.12.05 р.

НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ:

— асистента кафедри загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією, травматологією та ортопедією — 2 посади;

— асистента кафедри медичної біології, вірусології та імунології — 1 посада;

— асистента кафедри медичної біохімії та клініко-лабораторної діагностики — 1 посада;

вимоги до претендентів: наявність наукового ступеня, сертифікат на володіння персональним комп'ютером, виданий комісією ТДМУ згідно з наказом № 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.

ЛЕКЦІЇ

10 грудня 2007 року відбудеться лекція для лікарів-курсантів передатестаційного циклу за фахом «Терапія» на тему: «Хронічний панкреатит».

Лекція відбудеться у конференц-залі поліклініки Тернопільської міської комунальної лікарні № 2 — з 9⁰⁰ до 10⁴⁰

Лектор — Криський О.І., к.м.н., асистент кафедри терапії і сімейної медицини ФПО.

14 грудня відбудеться лекція для студентів фармацевтичного факультету клінічних провізорів 3-го курсу з дисципліни «Технологія лікарських засобів» на тему: «Мазі».

Лекція відбудеться в аудиторії № 9 — з 10¹⁰ до 11¹⁰.

Лектор — Козир Г.Р., канд. фарм. наук, доцент кафедри фармацевтичних дисциплін.



Андрій НАЗАРОВЕЦЬ, студент медичного факультету

**ЛАНОВЕЦЬКА
САНЕПІДЕМСТАНЦІЯ:
ПОНАД 60 РОКІВ
ПЛІДНОЇ ПРАЦІ**

Санітарно-епідеміологічну службу в Лановецькому районі створили 63 роки тому. Тоді у її штаті було лише кілька медичних працівників. 1946 року службу реорганізували в державну санітарну інспекцію. 1956 року районну санепідемстанцію під назвою «санітарно-гігієнічний відділ» приєднали до центральної районної лікарні. І лише 1972 року, після проведення централізованого фінансування, санітарно-епідеміологічну станцію відокремили. Перших 42 роки колективом керував Віктор Нестеренко, який донині працює лікарем з радіаційної гігієни.

Зараз санітарно-епідеміологічний нагляд на Лановеччині здійснюють 5 лікарів, 14 помічників лікарів, 8 лаборантів. Очолює колектив головний державний санітарний лікар району Я.Гачок. Серед шанованих ветеранів — лікарі Олена Грицик, Іван Макодрай, Ольга Гуменюк, Марія Безух, фельдшери Наталя Крищук, Лілія Сапожнік, Ольга Вавренюк. Нині вони на заслуженому відпочинку. Не меншим авторитетом користуються і працюючі пенсіонери — лаборанти Світлана Назарук, Тетяна Андрощук, дезінфектор Степан Кривокульський. Працівники санепідемстанції Віктор Биньковський та Тетяна Андрощук брали свого часу участь у ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській атомній станції, землетрусу у Вірменії.

А загалом колектив працює плідно, злагоджено, конструктивно вирішуючи назрілі проблеми.

Оксана БУСЬКА

ПЕРЕДПЛАТИТЬ ГАЗЕТУ



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

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

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

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

ПЕРЕДПЛАТНА ЦІНА

«МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ»:

на один місяць — 3 грн 10 коп;
на півроку — 18 грн 60 коп;
на рік — 37 грн 20 коп.

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

ІНДЕКС 23292

ПЕРЕДУМОВА БЕЗПЕЧНОГО МАТЕРИНСТВА

Як відомо, репродуктивна медицина — це особливий напрямок медико-біологічних знань, планування сім'ї, безпечного материнства, сексуального здоров'я. Вона увірвала в себе досягнення багатьох наук, виявляє всі аспекти репродуктивного здоров'я людей з часу народження і до глибокої старості. Це одна з нових дисциплін у медицині, яка стрімко розвивається в світі, відрізняючись від України — також.

У нашій країні, враховуючи зниження приросту населення внаслідок зниження рівня народжуваності та підвищення рівня загальної смертності, питання збереження репродуктивного здоров'я жінки надзвичайно актуальні. Уряд затвердив загальнонаціональну програму «Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 роки», на фінансування якої передбачається виділити майже 500 мільйонів гривень.

Досягнення вітчизняної репродуктивної медицини, а також коло гострих проблем і можливі шляхи їх подолання розглядали під час роботи конференції.

Велику зацікавленість її учасників викликала доповідь головно-го акушера-гінеколога управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації Володимира Волошина «Забезпечення репродуктивного здоров'я жінки та аналіз показників перинатальної смертності в Тернопільській області за 9 місяців нинішнього року». Доповідач навів статистичні дані, що характеризують цю проблему, запропонував способи її розв'язання, назвав резерви покращення репродукції та зниження показників перинатальної смертності.

Увагу учасників конференції привернула також доповідь завідувачі кафедри акушерства та гінекології, професора ТДМУ ім. І. Горбачевського Лариси Маланчук «Діагностика та лікування невиношування вагітності». Адже невиношування вагітності — одна з найперших причин перинатальних втрат. Це поняття увірвало всі випадки мимовільного переривання вагітності в терміні від зачаття до 37 тижнів (мимовільні викидні, передчасні пологи). Проблема невиношування вагітності визначає рівень перинатальної захворюваності та смертності. На долю недоношених дітей припадає 60-70 відсотків ранньої неонатальної і 65-75 відсотків дитячої смертності. Перинатальна смертність у недоношених дітей у 33 рази вища, ніж у доношених.

Надзвичайно цікавим був виступ завідувачі кафедри Буковинського державного медичного університету Світлани Польової про взаємопов'язані проблеми туберкульозу та репродуктивного здоров'я жінки. Програма боротьби з туберкульозом — ще одна загальнонаціональна програма, що належить до пріоритетних у сфері охорони здоров'я.

Репродукція — складний біологічний феномен, за допомогою якого природа реалізує програму збереження виду та продовження роду. В Україні чимало жінок і сімейних пар, які мріють мати дитину, але не можуть, для яких безпліддя — велика трагедія життя. За даними ВООЗ, безпліддя — проблема кожної п'ятої подружньої пари. Воно є результатом численних захворювань і вад розвитку.

Репродуктивному здоров'ю жінки, його збереженню та зміцненню була присвячена науково-практична конференція, що відбулася в конгрес-центрі НОК «Червона калина». Її учасниками стали не лише представники медичних кіл Тернопільщини, а й багатьох областей, науковці столичних вищих навчальних закладів.

Доповідач навела цікаві статистичні дані про те, як впливає це небезпечне захворювання на репродуктивні функції жінки загалом і на показники виношування вагітності.

До питання лікування передракових станів шийки матки привернула увагу колег професор Івано-Франківського державного медичного університету Оксана Макачук, яка розглянула методи діагностики та перспективи лікування цього захворювання. На жаль, показники онко-

тності. Йшлося, зокрема, про урогенітальні інфекції, вплив трихомонадної інфекції на репродуктивну систему жінок, порушення мікробіоцинозу вагіни, як один з чинників запальних захворювань, про основні принципи профілактики та лікування TORCH-інфекцій.

Необхідно знати, що, за даними ВООЗ, в світі щохвилини: у 380 жінок реєструють вагітність, у 190 — вона небажана і незапланована і у 110 — мають місце ускладнення вагітності. Подолання небажаних і загрозливих явищ — із завдань репродуктивної медицини.



захворюваності загалом і раку шийки матки та молочних залоз зокрема як в Україні, так і в нашому регіоні зростають. Високою є смертність. Насамперед летальний результат спостерігають у випадку задавненої форми раку шийки матки, коли діагноз був поставлений запізно. Адже не всі жінки регулярно проходять медичне обстеження, дбаючи про своє здоров'я. Часто-густо вони звертаються до лікаря за допомогою тоді, коли хвороба вже не здолати.

Багато зацікавлених відгуків отримала доповідь професора кафедри шпитальної хірургії нашого університету Володимира Бігуняка «Профілактика та лікування післяопераційних рубців». Демонструючи отримані результати, доповідач представив ліофілізовані дермотрансплантанти, які дають змогу запобігти виникненню післяопераційних деформованих рубців і забезпечують їх естетичний вигляд, що дуже важливо для жінки, чи є самопочуття, душевний спокій залежать і від цих аспектів життя.

На конференції розглядалися й інші причини невиношування вагі-

Зменшення репродуктивних втрат можна досягти завдяки заходам, які передбачає Національна програма «Репродуктивне здоров'я нації», а саме: зниження смертності дітей віком до 1 року з 11,9 до 10,5 на 1000 живонароджених еквівалентне збереженню життя 1 тисячі дітей, зниження перинатальної смертності в її складовій мертворожденості означає зменшення на 400 кількості випадків мертворожденості. Зниження материнської смертності з 26,2 до 20 на 100 тисяч живонароджених збереже життя 26 жінкам.

Нині розв'язання проблем репродуктивного здоров'я є справою надзвичайно важливою. Підбиваючи підсумки, слід зазначити, що науково-практична конференція «Репродуктивне здоров'я жінки» стала ще одним кроком на шляху розвитку репродуктивної медицини в Україні.

Після завершення конференції її учасників чекала цікава екскурсія в Маріїнський духовний центр у Зарваніці.

Оксана БУСЬКА

ХАЙ ТВОЄ СЕРЦЕ Б'ЄТЬСЯ!

Це гасло, під яким цьогоріч 1 грудня пройшов Всесвітній день профілактики та боротьби зі СНІДом. 20 років тому в Україні зафіксовано перший випадок захворювання на СНІД. Сьогодні захворювання на СНІД називають епідемією, яка, як стверджують фахівці, вийшла за рамки так званих груп ризику, до яких належать споживачі ін'єкційних наркотиків, зайняті у комерційній секс-індустрії та гомосексуалісти. Нині жертвами цієї чуми XXI століття можуть стати люди, які ведуть звичайний спосіб життя, а також їх новонароджені діти. Детальніше про поширеність ВІЛ-інфекції в області у попросила розповісти завідувачу відділом особливо небезпечних інфекцій обласної епідеміологічної станції Тамару Буртяк.



поширення ВІЛ-інфекції. Якщо торік за 10 місяців було виявлено 102 випадки, то за цей же пе-

ріод цього року — 129. Кількість носіїв вірусу імунodefіциту серед жителів області збільшилась з 34, зареєстрованих у 2006 році, до 65 хворих з діагнозом СНІД.

Випадки ВІЛ-інфікування та захворювання на СНІД в цьому році зареєстровано в Бережанському, Тербовлянському і Тернопільському районах (по 5 випадків), Борщівському, Кременецькому, Підволочиському (по 4), Збаразькому, Зборівському, Монастириському, Лановецькому районах (по 3), Гусятинському і Бучацькому (по два випадки). Ще один — в Заліщицькому районі. І в Тернополі 42 випадки.

Вік інфікованих — від 20 до 62 років. За своїм соціальним статусом це працівники різних сфер, безробітні, студенти.

Якщо в попередні роки реєструвалися поодинокі випадки ВІЛ-інфекції серед вагітних, то цьогоріч вперше за весь час епідеміологічного моніторингу (тобто з 1987 року) в області виявлено 16 випадків ВІЛ-інфекції серед вагітних — у Бережанському, Борщівському, Збаразькому, Зборівському, Монастириському, Гусятинському, Тербовлянському, Підволочиському, Бучацькому, Тернопільському районах та в місті Тернополі. 12 дітей народилось від ВІЛ-інфікованих матерів.

На нинішній час в області створені умови як для обстеження, так і для лікування, профілактики ускладнень. Обстежитись на СНІД можна в будь-якому лікувально-профілактичному закладі. Кабінети довіри відкриті в кожній поліклініці на базі кабінетів інфекційних захворювань. Крім того, обстежитись можна в обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом (вулиця Купчинського, 8), обласних нарко- та шкірвендиспансерах. Консультації з питань ВІЛ/СНІДу можна отримати у фахівців обласної епідеміологічної станції (телефон 25-38-89), в обласному центрі «Здоров'я» (телефон 083). Обстеження на СНІД та консультації безкоштовні. В обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІД з метою уточнення діагнозу проводиться додаткові безкоштовні обстеження, в разі потреби призначається лікування, теж безкоштовне.

— Будемо сподіватися, що завдяки донорському фінансуванню (стурбовані темпами зростання епідемії міжнародні організації надають матеріальну допомогу нашій країні) вдасться полегшити долю тих, кого ця епідемія торкнулась, і запобігти появі нових жертв.

Надія ГОРОШКО

— За офіційними даними, щоденно в Україні інфікується 38 осіб, вмирає — 8. Саме в Україні, а також у наших найближчих сусідів — Росії та Естонії — епідемія ВІЛ/СНІДу розвивається найагресивніше. За своїм впливом на людське суспільство СНІД не має аналогів. Ця страшна хвороба торкнулась практично всіх сторін діяльності людей: економіки, національних і міждержавних відносин, демографії, юриспруденції, етики, медицини, культури... ВІЛ-інфекція — це випробування і, фактично, мірило людських якостей, істинності материнських, подружніх почуттів. Всесвітній день профілактики і боротьби зі СНІДом проводиться з метою підвищення рівня інформованості населення, передусім молоді, про шляхи передачі, діагностику та лікування ВІЛ-інфекції, СНІДу, профілактику хвороби.

Загалом із 1987 року по жовтень 2007-го зареєстровано 119,107 осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом. У 21594 випадках встановлено діагноз «СНІД». 12016 осіб уже померли. Надзвичайно трагічними є наслідки ВІЛ-інфекції у безневинних дітей. 16681 дитина в Україні інфікована, у 650 встановлено діагноз СНІД 233 дитини померли.

Серед шляхів інфікування статевий шлях передачі інфекції становить 38 відсотків, парантеральний (внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом — 40 відсотків, від матері до дитини — 19).

— А яка ситуація в Тернопільській області?

— Тернопільщина, на жаль, не є винятком в епідеміологічному просторі. За офіційними даними, з 1987 року до листопада 2007-го в області виявлено 788 випадків. Зареєстровано 630 випадків ВІЛ-інфекції. У 130 хворих встановлено діагноз СНІД, 29 осіб померло.

Аналіз епідемічної ситуації за 10 місяців цього року свідчить про значне погіршення показників як клінічного перебігу ВІЛ/СНІДу, так і

ЕКОПРОЕКТ У СВІТЛАНИ ЛОТОЦЬКОЇ – ОДИН З НАЙКРАЩИХ

— Це здібна, працююча й наполеглива студентка, — розповів голова наукової ради Тернопільської обласної організації Всеукраїнської екологічної ліги, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної гігієни та екології людини ТДМУ Володимир Кондратюк. — Випускниця Тернопільської ЗОШ № 6, яку закінчила із золотою медаллю, Світлана зацікавилася екологією ще в шкільні роки. Після уроків відвідувала лекційні та практичні заняття в Малій академії, де змогла значно поглибити свої знання.

Додам, що дівчині поталанило, бо навчалася вона саме у професора Володимира Кондратюка, який плідно співпрацює з Малою академією. Нині Світлана — студентка, відмінниця.

Конкурс-захист екологічних проектів відбувся в столичному Орхуському інформаційно-тренінговому центрі Міністерства охорони навколишнього природного середовища України.

Виступаючи під час урочистої церемонії відкриття, перший заступник голови Всеукраїнської екологічної ліги Тетяна Тимочко, зокрема, відзначила, що в епоху нових науковомісних технологій людство потребує збалансованого підходу до розв'язання нагальних екологічних проблем — від регіональних до глобальних. І від наукового потенціалу молодих людей залежить дуже багато. Залучення юнаків і дівчат до процесів впровадження сталого розвитку України сприятиме створенню умов для розвитку

творчого потенціалу українського студента, надасть поштовх до самореалізації творчої особистості в сучасному суспільстві. Співпраця з видатними вченими дозволить молоді відчути свою важливість у вирішенні питань, пов'язаних з екологією, а також допоможе визначити своє місце в природоохоронній діяльності. Проведення Всеукраїнського конкурсу-захисту екологічних проектів — ще один крок на шляху виявлення наукових особистостей серед молоді.

Учасники конкурсу-захисту розглянули питання: зміна моделей виробництва та споживання в економіці України; формування законодавчої та інституційної бази збалансованого розвитку; вдосконалення регіональної політики збалансованого розвитку; перехід до збалансованого природокористування та природовідтворення; освіта й наукове забезпечення у сфері збалансованого розвитку; проблеми збалансованого ведення сільського господарства; збереження біологічного та ландшафтного різноманіття; енергозбереження і збалансований розвиток енергетики. Заняття вели у трьох секціях. Учасники кожної з них заслухали та обговорили майже 20 доповідей. Три доповіді, визнані кращими (по одній від кожної секції), були озвучені на підсумковому засіданні, де оголошували результати конкурсу та нагороджували переможців. Серед відзначених і студентка нашого університету Світлана Лотоцька.

«Гігієнічне нормування в контексті збалансованого розвитку»

— такою була тема її доповіді. Чим зацікавила вона майбутнього лікаря?

— Насамперед, своєю важливістю та актуальністю, — каже Світлана, — адже якщо немає критеріїв чистоти, то неможливо оцінити й ступінь забрудненості. Тільки знаючи ступінь забрудненості і те, які концентрації є шкідливими, можна вживати адекватні заходи у відповідь.

Загалом у доповіді були всебічно та ґрунтовно висвітлені складові гігієнічного нормування, і, зокрема, його екологічний компонент. Члени комісії високо оцінили й саму роботу, й вичерпні відповіді автора на запитання. Диплом, що його отримала Світлана Лотоцька, тому підтвердження.

— Збалансований розвиток — це майбутнє всіх розвинутих країн світу, — каже професор Володимир Кондратюк. — Це такий розвиток країн і регіонів, коли економічне зростання, матеріальне виробництво та споживання, а також інші види діяльності суспільства відбуваються в межах, які визначаються здатністю екосистем відновлюватися, поглинати забруднення та підтримувати життєдіяльність те-



перішніх і майбутніх поколінь. Стратегія переходу до збалансованого розвитку має ґрунтуватися на аналізі тих дисбалансів, які існують в економічній, соціальній та екологічній сферах і на подальшому визначенні шляхів подолання цих дисбалансів. А забруднення повітря, водних ресурсів, ґрунту, споживання генетично модифікованих продуктів загрожують здоров'ю як нинішнього, так і майбутніх поколінь. І добре, що молодь хвилюють ці проблеми.

Загалом представлені проекти були дуже цікавими. Деякі з них містили відкриття, авторство яких буде захищене патентами.

У листопаді в Києві в рамках Всеукраїнської конференції, організованої національним молодіжним центром «Екологічні ініціативи», відбувся конкурс-захист екологічних проектів «Майбутнє України — збалансований розвиток». Його учасниками стали студенти різних вищих навчальних закладів з багатьох областей України. Тернопіль теж був представлений завдяки Світлані Лотоцькій, яка навчається на 4 курсі медичного факультету ТДМУ ім. І.Горбачевського. Світлана — єдина серед студентів ВНЗ нашого міста подала на конкурс-захист свій екологічний проект. І він був відзначений як один з найкращих.

Скажімо, проект студента Черкаського державного технологічного університету Сергія Бондаря «Використання рослинних відходів — шлях до збереження природних лісових ресурсів України» відзначений як один з кращих, обіцяє великий економічний ефект. Адаже йдеться про виробництво пального з олії, перетворення її на дизельне паливо, яке безпечніше для здоров'я та більш ефективне.

У підсумковому документі, ухваленому учасниками конкурсу-захисту економічних проектів, були визначені стратегічні пріоритети збалансованого розвитку України. Саме такий розвиток має стати пріоритетом державної політики.

Оксана БУСЬКА,
Ярослав СТАРЕПРАВО (фото)

ДО ВІДОМА

ОБ'ЄКТИВ

ФОРУМ МОЛОДИХ ЛІДЕРІВ УКРАЇНИ

Форум молодих лідерів України — це мережа соціально-відповідальних людей і організацій, які усвідомили необхідність консолідації зусиль для формування якісної нової моделі українського суспільства, що базується на принципі верховенства суспільних інтересів шляхом формування нової генерації суспільно-свідомих громадян, виховання соціальної відповідальності, підвищення соціальної активності, здійснення громадського контролю за діями органів влади та місцевого самоврядування, формування професійного кадрового потенціалу, а також патріотичного виховання.

Одним з основних напрямків діяльності форуму є освіта та професійний розвиток. Діяльність цього напрямку передбачає реалізацію низки проектів, спрямованих на формування висококваліфікованого кадрового потенціалу України, здатного ефективно працювати заради побудови економічно стабільного та духовно багатого суспільства. Серед поточних проектів діяльності напрямку програма «Освіта без кордонів», Школа лідерства, тренінги, майстер-класи, круглі столи тощо. Детальний опис програми «Освіта без кордонів» розміщений на сайті www.fmlu.org/osvita

Шановні колеги!

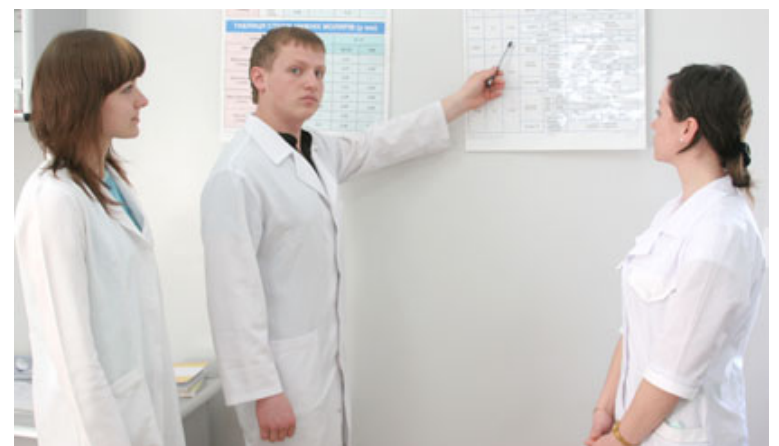
Форум молодих лідерів України запрошує студентів, аспірантів, науковців та фахівців усіх галузей знань скористатись інформаційно-пошуковою базою міжнародних стипендіальних програм, що

створена у рамках програми «Освіта без кордонів».

До Вашої уваги міжнародні стипендіальні програми, гранти та академічні програми університетів світу для українських студентів, аспірантів, науковців та фахівців усіх галузей знань, програми міжуніверситетської співпраці, стажувань в урядових структурах, міжнародних організаціях, відомих компаніях тощо.

Якщо Ви мрієте навчатись у провідних університетах світу, застосовувати вже здобуті знання на практиці, розвивати свій інтелектуальний і духовний потенціал, заходьте на www.fmlu.org/scholarships. Провідні університети Європи та Північної Америки чекають на Вас! Перед Вами відкривають двері знані світові компанії, парламенти держав та міжнародні організації.

Не втрачайте свій шанс стати успішним професіоналом і використати кращий світовий досвід в Україні!



Яна КРОЛІВЕЦЬ, Всеволод КІНЬ і Тетяна ГУМЕНЮК, студенти стоматфакультету



Ольга УЛІГАНЕЦЬ, Тамара ТКАЧУК, студентки медфакультету

ЗНОВУ ПАРАЦЕТАМОЛ?

(Продовження. Поч. у №22)

Найбільш об'єктивними критеріями поганого прогнозу та ризику смерті при інтоксикації Пар вважаються пізня шпиталізація (в середньому через 44 год., діапазон коливань – 24-96 год.), прогресування печінкової недостатності (протромбіновий час більше 100 сек, гіпоглікемія, сироватковий креатинін більше 200 мікромоль/л, ацидоз – рН менше 7,3) та розвиток енцефалопатії III ступеня. Головна причина смерті – набряк мозку. Відсуття кореляція між рівнем печінкових трансаміназ та показаннями до трансплантації печінки чи смертю. Ниркова дисфункція (рівень креатиніну понад 200 мікромоль/л) негативно впливає на прогноз при отруєнні Пар.

Фактори, які асоціюються з гепатотоксичністю Пар у дітей, включають: вік менше 10 років з неналежним дозуванням препарату, відстроченість токсичних симптомів після потенційно токсичного вживання, відстрочення застосування специфічного антитоду N-ацетилцистеїну, ненавмисне повторне передозування, вживання Пар разом з іншими гепатотоксичними агентами, застосування препаратів для дорослих замість препаратів для дітей.

Помилки у читанні і розумінні інструкції до застосування препарату або помилки у його дозуванні є типовими причинами ненавмисного передозування Пар. Батьки нерідко сприймають Пар як безпечний засіб і не мають настороженості щодо його неналежного використання. Зокрема, в Англії було проаналізовано 47 історій хвороби дітей віком від 5 до 10 років з проявами гепатотоксичності, які асоціювалися з прийомом Пар (23 пацієнта померло). Випадкове передозування Пар спостерігалось у 21 пацієнта віком менше 2 років. Семеро з них отримували препарати для дорослих, а у 14 були застосовані перевищені дози педіатричних препаратів.

Використання форм препарату з повільним вивільненням без урахування необхідності збільшувати інтервали між прийомом, поєднане застосування інших комбінованих препаратів, які містять у своєму складі Пар, або вживання препарату тому, що його призначили іншій дитині, все це може стати причиною виникнення інтоксикації.

Застосування Пар у вигляді ректальних свічок також може призводити до розвитку токсичності. Цей шлях введення може супроводжуватись швидким зростанням пікового рівня препарату в крові, який може відрізнитися у різних пацієнтів більше як у 9 разів. З іншого боку, при такому способі введення Пар часто не вдається досягнути бажаного ефекту при застосуванні середньотерапевтичних доз. Час, який необхідний для досягнення пікових рівнів при ректальному введенні суттєво довший, ніж при застосуванні препарату все-

редину, внаслідок чого повинен бути довшим і належний інтервал між окремими дозами (не менше 6-8 год.). Внаслідок того, що Пар може бути нерівномірно розподілений по масі свічки, існуюча практика поділу свічок може закінчитись застосуванням недостатньої або ж збільшеної кількості препарату. До того ж, різні ректальні форми мають різні параметри всмоктування, що може суттєво позначитись на їх ефективності.

Перелічені фактори створюють ризик як неадекватного терапевтичного ефекту внаслідок зменшеного всмоктування, так і кумулятивних токсичних ефектів через надмірні дози або надто часті ректальні прийоми. До того ж, на сьогоднішній день немає вагомих доказів переваги ректального способу застосування препаратів Пар.

Фактори, які провокують розвиток токсичних ефектів Пар, можуть також включати спадкові відмінності активності печінкових ферментів, понижене живлення, вживання етанолу, взаємодію між ним та іншими ліками або супутні патологічні стани. Діти, в яких у сімейному анамнезі є випадки гепатотоксичних реакцій при застосуванні Пар, мають підвищений ризик розвитку відповідного ускладнення.

Проте, розлади живлення та взаємодія між іншими ліками та Пар відіграють більшу роль у розвитку токсичності, ніж генетичні відмінності, при застосуванні звичайних доз Пар. Низькокалорійне та низькобілкове харчування, ожиріння, цукровий діабет, який погано контролюється, асоціюються із зростанням гепатотоксичності Пар. При гострому респіраторному вірусному захворюванні і підвищеній температурі тіла дитина може обмежено споживати їжу, а батьки нерідко при цьому використовують протизастудні ліки, які містять алкоголь, що може спровокувати розвиток інтоксикації. Зростання активності певних печінкових ферментів, яке може спостерігатись при одночасному з Пар застосуванні інших ліків, та зниження запасів глутатіону у печінці збільшує ймовірність інтоксикації Пар. Супровідне лікування такими препаратами може спостерігатись у дітей з різними хронічними захворюваннями.

Інтоксикація Пар у типових випадках включає 4 фази. У першій спостерігаються зниження апетиту, нудота, блювання, нездужання, пітливість, які можуть спровокувати застосування додаткових доз Пар. У другій фазі, яка розвивається через 18-24 год., ці

ознаки першої фази зменшуються і змінюються болем або напруженістю у верхньому правому квадранті живота, збільшенням печінки, в деяких пацієнтів спостерігається олігурія. Підвищується рівень білірубіну та печінкових ферментів, подовжується протромбіновий час. У третій фазі, яка розвивається звичайно на 3-5 день, знову виникають анорексія, нудота, блювання, нездужання, з'являються ознаки печінкової недостатності, такі як жовтяниця, гіпоглікемія, коагулопатія та енцефалопатія. Можуть також розвиватись ниркова недостатність та кардіоміопатія. Четверта фаза асоціюється або з одужанням або ж з прогресуванням і смертю від печінкової недостатності.

Отруєння Пар може також проявлятися симптоматикою пригнічення центральної нервової системи, шоком, гіпотермією та метаболічним ацидозом. Оскільки відстрочення

асоціюється з більшою частотою алергічних та анафілактичних реакцій (ангіоневротичний набряк, гіпотензія, бронхоспазм), порівняно із пероральним застосуванням. Більш тривала інфузія препарату (48 год. і більше) покращує його переносимість і зменшує побічні ефекти. Можливе застосування N-ацетилцистеїну всередину. При цьому початкова доза становить 140 мг/кг одноразово, підтримуюча доза – 70 мг/кг всередину кожні 4 год., всього 17 доз.

Лікування гепатотоксичних реакцій у дітей, викликаних субгострим передозуванням Пар, є тяжким. У таких випадках необхідна консультація з досвідченим токсикологом. Якщо ураження печінки в дітей закінчується одужанням, то залишкові явища з боку печінки чи хронізація процесу не характерні.

В останнє десятиліття в багатьох країнах світу популярним методом зниження температури в дітей стало застосування Пар в альтернативному режимі з іншим антипіретиком – ібупрофеном (Іф). Повідомляють, що 50 % практикуючих лікарів у США радять батькам використовувати цей метод, незважаючи на відсутність будь-яких доказів, які б підтверджували його ефективність чи безпечність. Ця практика базується на порадах лікарів у 84 % випадків і у 14 % – на власній ініціативі батьків. Разом з тим, такий режим фармакотерапії на сьогодні не проходив достатньою мірою контрольовані клінічні дослідження ефективності і безпечності. В процесі рандомізованого відкритого вивчення комбінованого застосування Пар та Іф для швидкого зниження температури встановлено, що перевага такого методу полягає у зниженні температури менше, ніж на півградуса С протягом першої години, що, на думку авторів дослідження, не дозволяє говорити про клінічну значимість цієї різниці і рекомендувати цей метод для рутинного використання. Проведене також порівняльне дослідження антипіретичної ефективності монотерапії Пар та Іф і альтернативного методу їх призначення у дітей віком від 6 до 36 міс. Схеми призначення: Пар – по 12,5 мг/кг кожні 6 год (1 група), Іф – по 5 мг/кг кожні 8 год. (2 група) та альтернативне поперемінне призначення Пар та Іф кожні 4 год. (3 група). Препарати використовували протягом 3 днів. Група, яка отримувала антипіретики в альтернативному режимі, характеризувалась більш низькими значеннями температури, більш швидким її зниженням, загалом меншою кількістю отриманих антипіретичних медикаментів, меншим стресом, меншою кількістю днів непрацездатності за час спостереження,

порівняно з іншими групами. Таким чином, автори роботи роблять висновок, що альтернативне лікування Пар (12,5 мг/кг) та Іф (5 мг/кг) кожні 4 год. протягом 3 днів є ефективнішим, порівняно з монотерапією, у зниженні температури в дітей молодшого та середнього віку. Проте, інші дослідники вважають, що встановлена у цьому спостереженні перевага застосування Пар та Іф в альтернативному режимі (показники температури протягом доби були майже на 1°C нижчими, порівняно з монотерапією) обумовлена не стільки перевагами такої схеми лікування, скільки чітким дотриманням пацієнтами всіх інструкцій із застосування препаратів. Більшість дослідників, які отримали певну перевагу в ефективності застосування вказаних препаратів у альтернативному режимі, не вважають, що ця схема повинна бути основою для відповідних клінічних рекомендацій. При цьому зазначається, що комбіноване антипіретичне лікування може бути небезпечним і провокувати розвиток печінкової чи ниркової недостатності, особливо у дітей з дегідратацією та з пониженим живленням. Справді, ризик нефротоксичності може збільшуватись, якщо ці препарати використовують разом, тому що Іф зменшує кількість відновленого глутатіону, а при зростанні концентрації Пар у нирках це, разом узяті, може призвести до канальцевого некрозу. Безпека передозування внаслідок порушення режимів дозування Пар та Іф при їх альтернативному призначенні може збільшувати ризик проявів токсичної дії одного чи обох препаратів з відповідними тяжкими наслідками. Батьки можуть помилково давати дитині Пар, Пар, Іф, Іф, замість того щоб давати Пар, Іф, Пар, Іф. Крім того, Пар та Іф не повинні призначатись за однаковою схемою (кожні 4 год.), виходячи з особливостей їх фармакокінетики та існуючих рекомендацій з дозування. До того ж, антипіретична дія при комбінованому застосуванні препаратів може послаблюватись при їх повторному призначенні і ставати рівною ефекту повторної монотерапії Іф. На основі аналізу досліджень Medline (1966-2006 рр.) та Кокранівської бази даних щодо порівняльної активності комбінованого та окремого застосування Пар та Іф можна зробити висновок про обмеженість досліджень щодо ефективності та безпечності застосування цих препаратів в альтернативному режимі та відсутність у них достатнього рівня доказовості. Тому доцільно утриматись від комбінованої антипіретичної терапії у дитячій практиці, доки не будуть доведені її безпечність та ефективність у більш широких клінічних спостереженнях.

Катерина ПОСΟХОВА,
завідувач кафедри
фармакології з клінічною
фармакологією

ДАЛІ БУДЕ



ЖИВЕ ПИВО, СИНЯ ГЛИНА – ЗДОРОВ'Ю ПІДМОГА

Природа подбала про багато чинників, що мають добрі лікувальні, косметичні та омолоджувальні властивості. Про це знали в давньому світі. Українці теж із сивих віків широко використовували в своїй медицині розмаїття трав і напоїв, багатомінеральні гірські породи...

Щорічно в санаторії «Медобори», що в селі Конопківка Тербовлянського району на Тернопіллі, поправляють своє здоров'я майже п'ять тисяч хворих з усіх українських і зарубіжних усюд. Їх серед іншого приваблюють тутешні мінеральні води та торфові грязі, які працівники санаторію вміло поєднують з фізіотерапією та новими лікувальними методиками. Велику увагу тут приділяють, зокрема, нетрадиційній, а точніше буде сказати, народній, давній медицині.

ПИВОЛІКУВАННЯ

Уперше в незалежній Україні, власне, у санаторії «Медобори» взялися лікувати пивом. Звісна річ, живим, світлим нефільтрованим. Мати такий продукт складнощів для закладу не викликає. Адже поруч, у селищі Микулинці, здавна існувала пивоварня «Бровар». Нині микулинське пиво чи не найпопулярніше на тій же Тернопільщині.

— Пиво — рідкий продукт, який утворений внаслідок бродіння та варіння із застосуванням джерельної води, солоду й пивних дріжджів, — пояснює головний лікар «Медоборів», кандидат медичних наук, заслужений лікар України Василь Мартичук. — У результаті отримуємо збагачений амінокислотами, полівітамінами та мікроелементами напій.

Василь Іванович каже, що регулярно вживання пива знімає закрепи, пришвидшує обмін речовин, омолоджує організм. Стоматологи ж радять полоскати цим напоєм рот після вживання їжі. У такий спосіб знижуємо ризик розвитку карієсу.

У «Медоборах» уже шість років займаються пиволікуванням. Валерій Шиманський — лікар-терапевт. Пивотерапія стала для нього вузькою спеціалізацією. Мовить, що відпочивальники на першій порі ставляться до цієї методики лікування скептично. Але варто їм прийняти

Олександрович твердить, що можна вилікувати безсоння, а дріжджові клітини, які містяться в пиві, не лише омолоджують організм, а й видаляють шлаки і навіть радіонукліди.

Певна річ, що пивотерапія, як і будь-який інший метод лікування, — не панацея від усіх хвороб. Не варто використовувати цей напій тим, у кого цироз печінки, камені в нирках і жовчному міхурі, свіжа виразка шлунку, подагра, стенокардія, ішемічна хвороба серця, виражена гіпертонія. Якщо в анамнезі були епілептичні судороги, зрештою, й депресивні стани або ви лікувалися від алкоголізму чи потерпаєте від гострих запальних гнійних процесів, то пивотерапія — аж ніяк не шлях до оздоровлення.

У «Медоборах» нещодавно запровадили й медопивні обгортання. Змішують літр пива з 200 грамами меду й проводять відповідну процедуру. Такий метод використовують насамперед для регуляції обміну речовин, а також для схуднення. До речі, в санаторії є власна пасіка, а отже, й свіжий мед.

БОЛЮСОТЕРАПІЯ

Якщо заглибитися в плин століть, то побачимо, що серед багатомінеральних гірських порід українці вже надто шанували й використовували глину. Її застосовували в будівництві, у гончарстві, побуті й лікуванні. Наші предки мили нею голову, чистили зуби, голилися, прали одяг. У глиняній ванні купалися, накладали глиняні маски. Вживали глину навіть усередину. Для козаків у боях завдяки цілющим бактерицидним властивостям вона була прекрасним перев'язувальним засобом. Глина має



Пивну ванну проводить молодша медсестра санаторію «Медобори» Марія ІРХА

кілька кольорів, і кожна барва додає їй чогось особливого.

У санаторії «Медобори» є блакитна глина. Якось тут вирішили почистити дно ставу, розширити його. Коли зняли шар намулу, знайшли родовище саме цієї глини. Знаючи про її користь для лікування, вирішили серйозно зайнятися боліотерапією, кажучи інакше, лікуванням глиною. Віталій Вахновський — заступник головного лікаря й водночас лікар-глинотерапевт.

Віталій Володимирович стверджує, що в глині захована ледь не вся таблиця Менделєєва. Тут і сірка, і залізо, і магній, кальцій, йод, мідь, кремній, фосфор... Містить і радій, перед випромінюванням якого не втримаються ні мікроби, ні віруси. Кожна мікрочастинка, безперечно, по своєму впливає на організм чи здатна зберегти наше здоров'я. Завдяки, скажімо, вмісту заліза у глині лікують анемію, кальцій та фосфор найкраще допомагає кісткам і суглобам, судини ж хочуть цинку та міді. Глина сприяє швидкому загоєнню кісткової мозолі після травматичних пере-

ломів. Допомогає жінкам долати їхнього страшного ворога на ймення целюліт. Словом, недарма глину називають першими ліками землі. Не треба забувати, що вона видаляє лише шкідливі мікроби та токсини, відновлює клітини й виробляє в організмі імунітет.

Глина має виражену поглинальну здатність. Саме це стало підґрунтям для зовнішнього її застосування з лікувальною метою. В санаторії використовують глину як холодні та теплі примочки, компреси, косметологічні маски. Ті, хто має протипокази до лікування торфогрязями, можуть успішно лікуватися глиною. Адже її накладають на тіло, коли вона досягає кімнатної температури (болото ж мусить нагрівати більш як до сорока градусів, не кожен може витримати такий тепловий стан). Вона не дає побічних дій, як-от навантаження на серцево-судинну систему, не підвищує тиску.

Холодні глиняні аплікації, за словами Віталія Вахновського, накладають там, де є запалення, та в нижній частині живота. Теплі — у ділянці проекції печінки, нирок, сечового міхура. Багато примочок ставлять на голімки, фалангові, ліктьові, плечові, хребтові суглоби. Глина може прислужитися добре й для лікування гінекологічної патології. Щоправда, тут уже треба використати спринцювання. А от при ревматизмі, артриті, анемії ефективні глиняні ванни. Щомісяця в санаторії курс боліотерапії проходять у середньому до шістдесяти осіб. Здебільшого вони приймають десять процедур.

Чи можна надмірно захоплюватися глиною? У Віталія Вахновського одразу є готова відповідь: «Ні!» Треба менше процедур тим, у кого — серцева недостатність. У косметичці синю глину треба використовувати лише стерильну, а для цього слід її помістити на годину у сухо-жарову шафу, де температура може досягати до 150 градусів. Глинолікування має-таки бути під лікарським наглядом, адже при невмілому застосуванні, скажімо, при передозуванні можна з організму «вимити» вітаміни, мікроелементи та інші корисні речовини.

Микола ВІЛЬШАНЕНКО

ОБ'ЄКТИВ

21 01 08



Володимир ДОМБИК та Любов ПИЛИПІВ, студенти стоматологічного факультету

НАУКОВА КАРДІОЛОГІЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

На базі Зборівської ЦРЛ відбулася наукова конференція лікарів, яку очолив професор кафедри вдосконалення лікарів Тернопільського медичного університету Борис Іванович Рудик. У зібранні взяли участь сімейні лікарі-терапевти та лікарі інших спеціальностей, а також представники фармацевтичної фірми «Ратіофарм» Тетяна Боймишtruk.

Тема конференції звучала так: «Диференційний підхід до лікування артеріальних гіпертензій різного генезу». Професор Борис Рудик ознайомив практичних лікарів з результатами останніх досліджень у галузі ар-

теріальної гіпертензії та впровадження єдиної стратегії лікування цього захворювання, що відповідає сучасним науковим поглядам і основним напрямкам терапії артеріальної гіпертензії, які є загальноновизнаними в Європі та у світі. Ведуться пошуки ідеального гіпотензивного препарату, на світовому фармацевтичному ринку щорічно з'являються нові антигіпертензивні засоби, є багато публікацій про їх ефективність. Борис Іванович акцентував увагу на тому, що при тривалому лікуванні слід віддавати перевагу засобам, які не лише ефективно знижують

артеріальний тиск, й впливають на якість та тривалість життя, знижують смертність.

Про захворюваність артеріальною гіпертензією протягом останніх років у Зборівському районі та завдання з кардіології до кінця 2007 року розповіла кардіолог ЦРЛ О.Нечай.

Оцінку можливостей практичного здійснення первинної профілактики артеріальних гіпертензій сімейними лікарями розкрив у своїй доповіді райтерапевт ЦРЛ В.Коваль.

Ольга НЕЧАЙ,
кардіолог

РОЛЬ МЕСЕНДЖЕРНИХ СИСТЕМ У ПАТОГЕНЕЗІ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Таку назву мала міжнародна науково-практична конференція, яку зорганізувала кафедра медичної біохімії та клініко-лабораторної діагностики і фармакології з клінічною фармакологією. Захід відбувся 12-13 листопада в ТДМУ.

Варто зазначити, що на адресу оргкомітету конференції надійшло 48 наукових праць, серед яких роботи з Національної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (Київ), Національного фармацевтичного університету (Харків), Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Львівського національного університету ім. Івана Франка, Інституту біології клітин НАН України (Львів), Буковинського державного медичного універси-



Михайло КОРДА, професор ТДМУ

тету (Чернівці), Запорізького державного медичного університету, Львівського національного університету імені Івана Франка та багатьох інших.

У науковому форумі взяли участь науковці з різних ВНЗ України. Було представлено та обговорено широкий спектр досліджень щодо ролі первинних і вторинних месенджерів у забезпеченні фізіологічних функцій та патогенезі різноманітних патологічних процесів. Як відомо, месенджерні системи (циклічного аденозин- та гуанозин-монофосфату, L-аргініну — оксиду азоту, іонів Ca^{2+} — Ca^{2+} -аденозинтрифосфатази плазматичних мембран

тощо) є поширеними у живих організмах та забезпечують процеси їх нормального існування, у тому числі процеси компенсації при дії несприятливих факторів довкілля, та відіграють роль у розвитку різних захворювань.

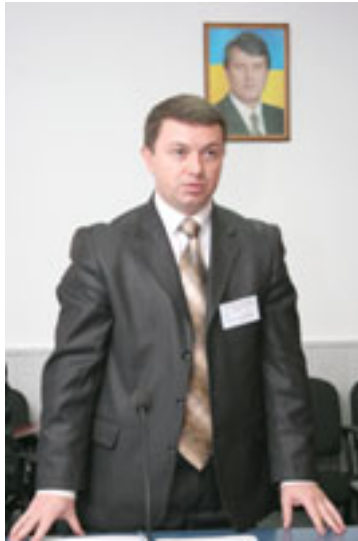
Ефект більшості лікарських речовин є результатом їхньої взаємодії з макромолекулярними компонентами клітинних мембран — рецепторами. Ця взаємодія викликає біохімічні та фізіологічні зміни, які й зумовлюють фармакологічну дію препарату.

Найбільш важливою групою рецепторів для ліків є протеїни, що фізіологічно працюють як рецептори ендогенних регуляторних лігандів (скажімо, рецептори гормонів, нейротрансмітерів). Багато ліків діють на такі рецептори і часто є високоселективними завдяки специфічності фізіологічних рецепторів.

Регуляторна активність рецептора може проявлятися як наслідок прямої дії на клітинні мішені, ефекторні протеїни, або через проміжні клітинні сигнальні молекули, які дістали назву месенджерних систем. Взаємодію рецептора, клітинної мішені та проміжних молекул розглядають як рецептор-ефекторну систему.

У нинішній час відкриті фундаментальні структурні характеристики та біохімічні механізми фізіологічних рецепторів. Завдяки молекулярному клонуванню було ідентифіковано нові рецептори та їх регуляторні ліганди, а також велику кількість ізоформ вже відомих рецепторів. Серед найбільш важливих месенджерів є G-протеїни — сигнальні трансдуктори, які передають інформацію від рецептора ефекторним протеїнам, таким, як аденілатциклаза, фосфоліпаза C, фосфодіестерази, іони Ca^{2+} тощо. Останнім часом дедалі більше увага вчених спрямована на вивчення ролі оксиду азоту (NO) як вторинного посередника в дії багатьох лікарських речовин, зокрема нітратів. Цю проблему вивчають дослідники як нашого університету, так і інших наукових лабораторій України. Саме це стало гарним приводом до організації конференції, яка відбулася на високому науковому рівні, супроводжувалась активним обміном думками, сприяла виникненню ідей щодо подальших аспектів наукових досліджень та їх використання для поліпшення здоров'я українців.

У цікавій доповіді завідувача кафедри медичної біохімії та клініко-



Олег ПОКОТИЛО, доцент ТДМУ

лабораторної діагностики ТДМУ, професора Михайла Корди «Лептин-індукована дисфункція ендотелію: наномедичний підхід» було



Іван КЛИЩ, професор ТДМУ

висвітлено роль такої ендогенної сполуки, як лептин у патогенезі ожиріння, яке нині є загальносвітовою проблемою. Відомо, що виникнення багатьох поширених у наш час захворювань (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет тощо) тісно пов'язане з надмірною масою тіла і, відповідно, з порушеннями обміну речовин, які при цьому виникають. Автор вказаного дослідження на високому науковому рівні (з використанням нанотехнологій для визначення рівня лептину та оксиду азоту, який бере участь у регуляції артеріального тиску та багатьох інших процесах у живих організмах) довів, що при ожирінні, в тому числі аліментарному (при надмірному споживанні харчових продуктів), різко зростає кількість лептину в організмі з одночасним зменшенням чутливості та кількості рецепторів до нього. Відповідно до цього можуть бути розроблені наномедичні підходи до лікування цієї патології.

У доповіді завідувача кафедри фармакології Буковинського державного медичного університету, професора Ігоря Заморського «Роль мелатонінергічної системи організму в механізмах негайної адаптації до гострої гіпоксії», яка викликала суттєвий інтерес присутніх на конференції науковців, було мовлено, що суттєву роль в антигіпоксичному захисті організму відіграє мелатонінергічна система та її основна ланка — піне-

альна залоза (епіфіз), яка розташована у головному мозку і є дуже чутливою до змін тривалості фотоперіоду. Іншими словами, чутливість людського організму до дії гіпоксії, яка розвивається з численних причин (куріння, перебування у закритих приміщеннях, високий ступінь забрудненості повітря вихлопними газами тощо), в тому числі зв'язана зі змінами тривалості періодів день-ніч.

Суттєвим здобутком у розумінні патогенезу тяжких макро- та мікроциркуляторних ускладнень при такій швидко прогресуючій патології як цукровий діабет, можна вважати дані, які прозвучали у виступі завідувачою кафедрою фармакології з клінічною фармакологією ТДМУ, професора Катерини Посохової «Роль системи оксиду азоту в патогенезі судинних ускладнень при цукровому діабеті». Нині переконливо доведено, що при цьому захворюванні виникає генералізована недостатність в організмі такої ендогенної сполуки, як оксид азоту, а попередники його синтезу, зокрема вітчизняний препарат глутаргін, можуть зменшити ризик виникнення ускладнень та покращити результати лікування таких пацієнтів. Тому актуальним є пошук і впровадження в клінічну практику нових препаратів з подібною активністю.

Висвітленню ролі системи L-аргінін — оксид азоту у патогенезі таких тяжких захворювань, як гострий перитоніт та гострий панкреатит, були присвячені доповіді молодих науковців кафедри фармакології з клінічною фармакологією ТДМУ. Зокрема, асистент кафедри Валентина Черняшова встановила позитивний вплив L-



Катерина ПОСОХОВА, професор ТДМУ

відбулося пленарне та два секційних засідання, присвячені фармакологічній корекції порушень месенджерних систем, регуляторним функціям месенджерних систем та їх порушенням при патологічних процесах різної етіології.

Загалом було заслухано 18 секційних та три стендові доповіді. Учасники конференції ознайомилися з виставкою продукції видавництва «Укрмедкнига», відвідали корпуси та кафедри університету. В рамках культурної програми відбулася екскурсія до Свято-Успенської Почаївської лаври.

Учасники наукового форуму розробили рекомендації та пропозиції щодо ширшого впровадження в практику клінічних досліджень та охорони здоров'я наукових досягнень, висвітлених у доповідях учасників і представлених у матеріалах конференції.



аргініну при ураженні печінки на тлі гострого експериментального перитоніту, який реалізується через стимуляцію синтезу оксиду азоту та супроводжується пригніченням процесів руйнування печінкових клітин і зменшенням ознак інтоксикації. Пошукач Ольга Яремчук встановила, що препарат супероксиддисмутази (компонент природної антиоксидантної системи) рексод, особливо у випадку його комбінації з блокаторм індуцибельної синтази оксиду азоту аміногуанідіном, здатен зменшити рівень смертності експериментальних тварин при гострому панкреатиті та ступінь ураження печінки при цій патології.

Усі матеріали конференції опубліковані в черговому журналі «Медична хімія». Під час цього заходу

Також було ухвалено рішення й надалі втілювати практику впровадження результатів наукових пошуків у навчальний процес медичних ВНЗ під час кредитно-модульної та Z-системи навчання, поглиблювати вивчення механізмів месенджерних систем, особливостей апоптозу, системи оксиду азоту при старінні, серцево-судинних, мембранних хворобах, канцерогенезі, цукровому діабеті тощо.

Катерина ПОСОХОВА, завідувача кафедрою фармакології з клінічною фармакологією ТДМУ, Олег ПОКОТИЛО, директор ННІ фармакології, гігієни та медичної біохімії ім. М.П. Скакуна



ІГРОМАНІЯ – ЗАХОПЛЕННЯ ЧИ ХВОРОБА?

Згідно із соціологічними дослідженнями до 33 % українських дітей грають у комп'ютерні ігри, а у віці 14-17 років 5,3 % міської молоді свій вільний час проводить біля гральних автоматів. Більшість з них, граючи в комп'ютерні ігри, сподівається в майбутньому на грошові винагороди.

Комп'ютерна гра допомагає повернутися в безтурботне дитинство, позбутися дрібних щоденних життєвих проблем. Розвитку залежності від таких ігор сприяють особливості психіки, погане життя, сексуальне незадоволення, суперечність почуттів, відсутність самокритики. В ці періоди основне те, що розігрується на екрані, надія на виграв

Завдяки технічному прогресу та його глобалізації, Інтернету, різні види технологічних ігор досить швидко поширюються в світі. На вулицях наших міст дедалі більше з'являється гральних автоматів, гральних приміщень і казино. Це було зумовлено передусім тим, що до 10 % юнаків та дівчат мають пристрасть до таких ігор. Сьогодні вже Інтернет-залежних молодих осіб у чотири рази більше, ніж наркоманів. Під час комп'ютерної гри вони пірнають на кілька хвилин чи годин у цілком інший світ, забувши про реальне життя та його проблеми. Скажіть, а хто не хоче виграти певну суму грошей чи інші цінні речі без тяжкої праці та затрати енергії?

розвивається душевний дискомфорт, дратівливість. Почасти, щоб розраховуватися у черговій грі, потрібно шукати гроші, збільшувати ставку. Так ігроманія у певних людей переходить у психічну залежність, як наркоманія. Така ігроманія стає хворобою, потребує консультацій і лікування у психолога і психіатра.

Пізніше з'являються психічні розлади, безсоння, депресія, неврологічні синдроми. Такі особи самостійно до психіатра не звертаються, потрібна допомога рідних. Якщо комп'ютерні чи інші грошові програші тривають, то деякі ігромани закінчують життя самогубством або вбивством інших людей, щоб повернути гроші або ці кошти здобути. Із сумом про це доводиться читати в газетах.

Ставлення влади, в тому числі місцевої, різне – залежно від країни. До того ж варто зважити на те, що власники грального бізнесу отримують надприбутки, з яких частина надходить до дер-

жавного бюджету як податок. Програма комп'ютерних ігор складена так, що ігроман здебільшого має програти. Виникає запитання: що важливіше – збереження здоров'я молодого покоління чи надприбутки бізнесу?

В Україні немає закону щодо правил проведення грального бізнесу, який добре заробляє. Особливо на тих, у кого вже є психічна залежність, тобто хвороба. До того ж понад 20 % програм ігор виявилися під час перевірки шкідливими для психічного здоров'я молодих. Безумовно, підприємці будуть боротися за збереження грального бізнесу, бо чуже здоров'я їм не надто турбує. В інших країнах ситуація така. В Азербайджані і Таджикистані гральний бізнес заборонено, закриті казино в Узбекистані. Президент Білорусії Олександр Лукашенко своїм указом ввів досить великий податок на цей вид діяльності. Щодо Росії, то з 1 липня 2009 року гральні автомати та казино будуть винесені за межі великих міст в спеціальні зони, а на решті території країни заборонені заради збереження найціннішого багатства нації – здоров'я. Так чи інакше в Україні доведеться щось робити з обмеженням грального бізнесу.

**Борис РУДИК,
професор ТДМУ**



звільняє від необхідності приймати необхідні рішення тощо.

Втягнувшись в комп'ютерні ігри, значно пізніше ігроман втрачає зв'язки з близькими та рідними, чоловік – з дружиною, юнаки – з батьками. Водночас

могу і відправляють додому. Якщо ж переломи важкі, то хворого доводиться шпиталізувати. «Раджу людям бути обережнішими на дорозі, – рекомендує Віктор Кміта. – Передовсім варто носити взуття, яке не ковзає, а жінки нехай забудуть про взуття на підборах».

Якщо ви все ж таки падаєте, то не варто напружуватися, потрібно розслабитися й постаратися впасти правильно. Не підставляйте при падінні лікті.

ДО РЕЧІ

Перші морози відразу показали, як працюють житлово-експлуатаційні контори. Суцільну ковзанку під ногами біля житлових будинків вони почали посипати тільки на третій день та й то не всюди.

«Усі ЖЕКи прозвітували нам, що забезпечені піщано-соляною сумішшю, – каже Олег Соколовський, заступник начальника управління житлово-комунального господар-



ства міськради. – Відповідно, всі прибудинкові території повинні бути посипані. Інша справа, що це відбувається не так швидко, як хотілося б, бо це ручна робота і вона потребує багато часу».

Якщо біля вашого будинку не посипають або погано посипають територію, то звертайтеся зі скаргою до свого ЖЕКУ. Якщо ж після цього не буде реакції, то можете поскаржитися на погану роботу контори в управління житлово-комунального господарства.

Інна СИРНИК

ГРИЗУНИ НАСТУПАЮТЬ?

З початком холодів і морозів миші з полів уже масово переселилися у житловий сектор. Тому все частіше міські жителі помічають або чують у квартирах та домівках їхню присутність. Чим небезпечні ці гризуни, і як їх позбутися розповідає Анатолій ПОЛІЩУК, лікар-дезінфекціоніст обласного комунального підприємства «Профілактична дезінфекція».

– Як часто тернополяни звертаються до вас зі скаргами?

– Майже щодня приймаємо три-чотири звернення про те, що у квартирі чи підвалі є гризуни, а два-три рази на місяць люди скаржаться, що пацюки вилазять через унітаз. Ми працюємо за угодами з ЖЕКами, комунальними, харчовими, промисловими підприємствами, навчальними закладами, приватними підприємцями. А два рази на рік навесні та восени для приватного сектору за рахунок коштів міської ради проводимо одноразову суцільну дертизацію.

– Попри те, що миші нищать майно, вони ще й переносять небезпечні хвороби?

– Гризуни є носіями таких інфекційних захворювань, як туляремія, чума, сальмонельоз, псевдотуберкульоз, щурячий висипний тиф тощо. Від них можна заразитися також лептоспірозом. Так, від початку року у лікарнях було 25 осіб, у яких медики підозрювали це захворювання. У п'яти випадках діагноз підтвердився, а одна людина померла.

– Яким чином можна зарозитися лептоспірозом?

– У місті особливо небезпечними є підвали, де протікають труби і там завжди збирається вода. Тому всі каналізаційні ходи повинні бути закриті дрібною сіткою, а всі діри та щілини мають бути забетоновані, щоб миші й пацюки не пролазили у них. У підвалах повинні бути щільно зачинені всі вікна та двері. А стежити за цим мають комунальні служби й робити профілактичні огляди та ліквідувати недоліки.

– Ви проводите профілактичні роботи, а комунальні служби стежать за справністю дверей і вікон. Чому ж тоді стільки звернень від мешканців?

РАКОВІ КЛІТИНИ ЗНИЩУЄ ЗОЛОТО

Благородні метали знищують хвороботворні мікроби. Дослідники університету Перд'ю зі штату Індіана, що у США, застосували цю властивість для боротьби зі злочисливими пухлинами. Вони виготовили золоті нит-

– Комунальники роблять свою роботу, але недостатньо. Не у всіх підвалах вікна щільно зачинені, а двері підвалів і під'їздів оббиті внизу бляхою. Ми водночас маємо угоди з ЖЕКами. Раз на два місяці повинні проводити два види робіт – знищувати мух, блощиць, тарганів, бліх та гризунів і один раз на рік та за потребою дезінфікувати сміттєві камери й контейнери. До речі, всі ці роботи оплачує кожен з нас, адже їхня вартість закладена у квартплаті – 0,4 копійки за квадратний метр. Та біда у тому, що у багатьох ЖЕКів є зарборгованості. Так, із 23 контор одна з нами взагалі не має угоди, вісім розраховуються вчасно, решта – мають борги. Боржникам ми не можемо надавати послуги, бо не маємо коштів придбати отрути та принади, засоби лову, оплатити транспортні видатки, зарплатню тощо.

– Як самостійно позбутися гризунів?

– Отруту для мишей можна придбати на ринку чи у магазині. У приватному секторі, де є свійські тварини, птиця, розкладати її треба у місцях недоступних для них, скажімо, під картонною пачкою з дірами. У квартирі хімічну отруту треба розкласти безпосередньо у дірки і краще одразу їх закрити. Найкраще для цього підійде суміш з дрібнопобитого скла та гіпсу. Тоді миші не зможуть знову прогризти ходи, бо поріжуться. Але ризик би у квартирах, особливо де є діти, використовувати механічні засоби – мишеловки та липкі стрічки.

– Це пов'язано з випадками отруєння дітей?

– Так. Навесні трапився подібний випадок в одному з райцентрів. Дорослі придбали отруту, яка схожа на пакетики з чаєм. Коли батьки пішли на роботу, вдома залишилися двоє дітей – чотирьох та двох років. Старший хлопчина взяв пакетик, який десь лежав у куці й зробив собі чай та братику. Менший, щоправда, його не пив. А старшого шпиталізували, і лікарі звернулися до нас, щоб дізнатися, які ж будуть наслідки. Наш директор повідомив лікарям, що нічого страшного, адже отрута розрахована на вагу миші, а не дитини. Тож мінімальна доза, смертельна для миші, для інших великих тварин чи дітей не є смертельною. Звичайно, шкоду вона принесе, але не призведе до важкого отруєння чи смерті.

Ольга ПОПОВА

У ГРУПІ РИЗИКУ – ТОВСТУНИ

Чоловіки, які страждають від ожиріння, піддаються вдвічі більшому ризику померти від раку простати, ніж представники сильної статі з нормальною вагою. Такі висновки зробила група американських дослідників. До піддослідної групи увійшло 788 чоловіків, які страждали на цю недугу. Протягом п'яти років, доки тривало дослідження, рівень смертності від раку простати у чоловіків з індексом маси тіла, який дорівнює 25 і є нормою, становив сім відсотків. Товстуні з індексом маси тіла від 25 до 30 у півтора рази частіше помирали від цієї недуги, а у випадку, коли індекс перевищував 30 одиниць, летальні випадки траплялися в 1,6 рази частіше, ніж серед чоловіків з нормальною масою тіла.



ПІГУЛКИ, ВІД ЯКИХ БОЛИТЬ СЕРЦЕ

Фахівці університету Гента в Бельгії дійшли висновку, що використання протизаплідних таблеток протягом тривалого періоду підвищує ризик серцевого нападу.

Вчені спостерігали за станом здоров'я 1301 жінки віком від 35 до 55 років. Кардіологи помітили закупорку судин у 81 відсотка учасниць, які приймали протизаплідні пігулки понад 13 років. Медики знайшли 20-30 відсоткове накопичення шкідливих речовин (жиру, холестерину,

кальцію) в коронарній і сонній артеріях. Головну роль у підвищенні ризику серцево-судинних захворювань, за припущеннями дослідників, відіграє високий рівень гормону естрогену в протизаплідних пігулках.

Оральні протизаплідні засоби, в яких містяться гормони, застосовують 100 млн жінок у всьому світі. З огляду на дані дослідження, жінкам слід віддати перевагу іншим способам контрацепції, наголошують експерти.

ЩОБ ПРОДОВЖИТИ МОЛОДІСТЬ

За словами американського кардіолога Пола Д.Уайта, хвороба серця до 80 років – не Божа кара, а результат власних помилок. Серце – найдосконаліший механізм, що має можливість безперебійно працювати до 150 років. І те, що строк цей у сучасної людини менший практично втричі, здебільшого власна заслуга кожного. Тож, щоб продовжити молодість, треба більше рухатися, відвідувати басейн, спортзал, танцювати, бігати, кататися на ковзанах, ходити пішки – головне, без фанатизму.

А ще – правильно харчуватися. Щоб не отримати надмірну кількість холестерину, не варто повністю відмовлятися від тваринних жирів, необхідно залишити їм 15-20 відсотків свого раціону, заповнивши решту 80 % рибою, горіхами, оліями і клітковиною (цільні злаки, зелень, овочі, фрукти). Слід планувати день: часу має вистачити на відпочинок і сон (мінімум 8 годин). Ефективно допомагають також уміння справлятися зі своїми емоціями, відмова від паління, зменшення надмірної ваги.

ДИВОВИЖНІ ВЛАСТИВОСТІ МЕДУ

Вчені з Нової Зеландії, провівши ряд експериментів з цими бджолиними ласощами, назвали його справжнім засобом Макропулоса, повідомляє АР. Немолоді пацюки, яким ввели в раціон харчування мед, почали демонструвати чудову реакцію та струсостійкість. Їх життєві показники під час «медової дієти» помітно поліпшилися і прийшли до норми. Дослідники пояснюють це дивовижними антиоксидантними властивостями меду. Саме вони активно протистоять старінню і зношуванню організму, зміцнюють імунітет і по-



вертають молодість. Це справжній еліксир довголіття, про який люди несправедливо забувають. Медики переконані, що, змінивши в своєму раціоні цукор на мед, людство зможе відсунути неминучі ознаки старіння, такі як слабкість, немічність, втому і зморшки.

ОВОЧІ ДЛЯ «ДЗЕРКАЛА ДУШІ»

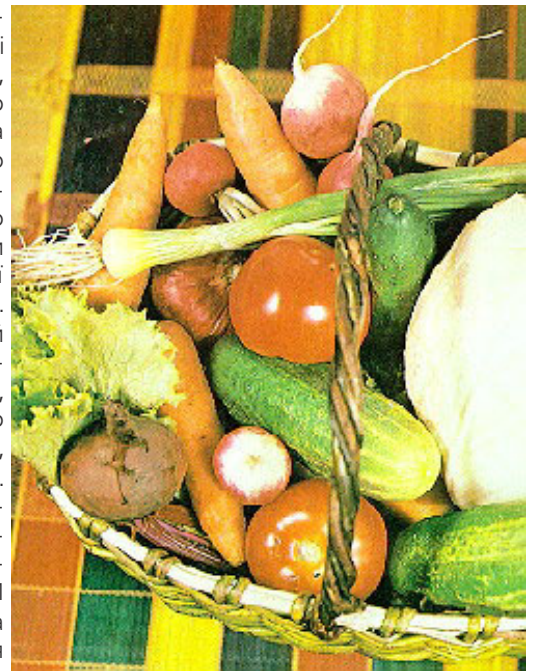
Для поліпшення зору пересушити треба вживати овочі та фрукти, що містять провітамін А – каротин. Він міститься у червоному перці, червоних помідорах, моркві, обліписі, кропі, петрушці, персиках, абрикосах, шовковиці, чорниці, цибулі тощо. Крім того, деякі з цих овочів та фруктів можна використовувати з лікувальною метою.

Так, відомо, що під час Другої світової війни до щоденного меню англійських пілотів входила чорниця. Це значно підвищувало гостроту їхнього зору, оскільки в чорниці, окрім каротину, міститься багато інших корисних для зору речовин: мікроелементи бору, марганцю, міді, титану, хрому. Отож влітку слід з'їдати щонайменше 200-300 г ягід щодня. А нині можна готувати відвар із сушених плодів, котрі продаються в аптеках: 3-4 ч. л. залити двома

склянками води, уварити на малому вогні до половини об'єму, вживати гарячим по 50 мл 4 рази на день. З лікувальною метою можна вживати й ріпчасту цибулю – по 30 г 2-3 рази на день, або сік з неї – 1 ч. л. тричі на день.

Приготувати настій з кореня та кореневища айру (лепехи), вживання котрого також покращує зір, можна таким чином. 15 г сировини залити 0,5 окропу, настояти до охолодження. Вживати по 1 ст. л. 3-4 рази на день. Курс лікування – 3-5 тижнів.

Крім того, корисним буде й червоний буряк, 80-100 г соку якого слід змішати з 2 ст. л.



морквяного соку. Вживати 1-2 рази на день протягом одного місяця.

ОЧИЩАЮТЬСЯ І ТІЛО, Й ДУША

Коли ми хочемо, щоб нам дали спокій, то кажемо: «Іди ти в баню!» Чому саме туди, а не, скажімо, в бібліотеку або на дис-

котеку? Секрет простий: лазня очищає не тільки тіло, а й душу. Найголовніше, для чого служить парна – зробити душу

спокійною, чистою від суєтних переживань, зробити душу білою. Лазня знімає нервово-психічні напруження і стреси. Банні процедури – фізіологічні і... нешкідливі. Примітивна, як сьогодні вважає дехто, лазня по чорному – згладжує наслідки тяжких випробувань і непосильної роботи, рятує душі від катастроф, приносить задоволення і радість.

Про виняткову любов людей до лазні свідчить безліч приказок і прислів'їв: «Лазня парить, лазня править, лазня все поправить», «На пару та в лазні сорок хвороб виходить», «Лазня – мати друга, або мати рідна». Лазня завжди була кращою підмогою у виснажливій праці.



ЧАСНИК ПОКРАЩУЄ РОБОТУ СЕРЦЯ

Англійські експерти з університету штату Алабама провели дослідження і виявили, що часник зменшує напруження стінок кровоносних судин, тим самим знижуючи навантаження на серце. Це відбувається завдяки наявності в часнику речовини алліцину, яка має характерний різкий запах, повідомляє АР. Дослідники кажуть, що частинки речовини алліцину вступають в реакцію з червоними кров'яними клітинами – еритроцитами, в результаті чого утворюється сірководень, який і зменшує напру-



ження стінок кровоносних судин.

За словами лікаря Девіда Крауса, результати дослідження показують, що дуже корисно ввести часник у свій раціон. У країнах з високим споживанням часнику (в Середземномор'ї і на Близькому Сході) спостерігається низький рівень серцево-судинних захворювань.

З ДІАБЕТОМ БОРОТИМУТЬСЯ

Вчені навчилися наділяти звичайні клітини шкіри людини властивостями стовбурових. Ними можна буде відновлювати хворі органи. Майже одночасно такі дані отримали японські та американські науковці. Із допомогою винаходу медики планують лікувати недугу Паркінсона і цукровий діабет.

Метод унікальний та дозволяє отримати клітини без клонування й без використання людських ембріонів. А головне – ці клітини не

відторгатимуться організмом, бо вони отримані зі шкіри пацієнта.

У Токіо планують відкрити дослідницький центр, де ставитимуть медичні експерименти з використанням цих клітин.

ВИЗНАЧАЮТЬ ЗА ГОРМОНОМ

Силу материнської любові можна визначити за рівнем гормону окситоцину у крові жінки. Він відповідає за тонус матки, а також позитивно діє на психо-емоційну сферу

чоловіків і жінок. Такого висновку дійшли вчені ізраїльського університету в Бар-Ілані. Медики вимірювали рівень гормону в їхній крові на різних термінах вагітності та в перший місяць після пологів. Також лікарі занотували, як часто мати спілкується з малюком, торкається, дивиться на нього, розмовляє.

Науковці порівняли дані й зробили висновок, що рівень окситоцину збільшується з терміном вагітності та продовжує зростати після пологів. Гормон «готує» жінку до нової ролі.

ДОБІРКУ ПІДГОТОВЛЕНО ЗА ІНФОРМАЦІЄЮ ІНТЕРНЕТ-САЙТІВ І ПРЕСИ

ВОДА: ЗНАЙОМА ТА ЗАГАДКОВА

Його любов до цієї й справді життєдайної рідини, не повірите, триває ось уже 42 роки. А розпочалося все у далекому 1959 році, коли молодого випускника Львівського тоді медінституту скерували на роботу в Казахстан, там його перші трудові будні розпочалися у Джамбульській обласній СЕС, а 1962 року Володимир Андрійович вступає до аспірантури на кафедру загальної гігієни Алма-Атинського медінституту. Завідувач кафедри, відомий вчений в царині гігієни води Іван Корякін запропонував тоді Володимирові Кондратюку попрацювати над вивченням річок Чу і Талас та їхніх підземних долин як джерел питного водопостачання мешканців Джамбульської області. Це і стало темою кандидатської дисертації, яку через три роки він успішно захистив. Але дослідження щодо складу води не припинялися й тоді, коли Володимира Андрійовича запросили в Актобінський медінститут, а згодом до Тернополя. Матеріали його дослідницького доробку складають майже 200 наукових праць і публікацій у фахових збірниках та науково-популярних журналах.

— Під час діяльності в Україні доля звела мене з напроцуд цікавою й талановитою людиною — професором Миколою Омелянцем, який на той час працював у Інституті загальної і комунальної гігієни ім. О.Марзеєва, — пригадує Володимир Андрійович. — Тоді я досліджував проблеми водозабезпечення екіпажів літальних апаратів. Частиною роботи з регламентації хімічного складу регенерованої питної води запропонував мені. Так у результаті спільної роботи під керівництвом професора Миколи Омелянця я й захистив докторську дисертацію.

За участю Володимира Кондратюка виконані й успішно захищені кандидатські дисертації багатьох вчених з різних кутків України. Володимир Андрійович є науковим керівником молодих вчених, які готуються до захисту кандидатських дисертацій, входять до складу атестаційної комісії при обласній СЕС, громадської ради з охорони навколишнього середовища при обласному управлінні навколишнього середовища.

Розповідати про воду Володимир Андрійович може багато й цікаво. Він каже, що вона навіть заслуговує бути названою восьмим дивом світу. Отож, переконаємося у цьому.

Людина здавна мріяла про безсмертя. Мандрівники в заморських країнах, алхіміки в лабораторіях настирливо шукали еліксир життя та джерело вічної молодості. Вони й не здогадувалися, що таємничий еліксир — це звичайна вода. Та сама вода, що заповнює моря, озера, річки, випадає на землю дощами, вкриває її сніговим покривалом. Вода, без якої неможливе існування всього живого.

Тисячі років може лежати в сухій землі зерно, та доторкнись його життєтворча крапля води

H₂O. Звісно, ця формула води, відома нам ще з шкільної парти. А що ж таке вода? Здається, й нічого дивного в ній немає — звичайна рідина, яка усім відома, але не кваптеся з висновками, бо зараз дізнаєтеся про воду стільки цікавого й навіть таємничого. А допоможе у цьому людина, яка про воду знає усе — професор кафедри гігієни та екології людини ТДМУ Володимир КОНДРАТЮК.

— воно оживає. В усі часи вода перетворювала засушливі степи на родючі поля, а спекотні піски — в квітучі оазиси.

Світ походить від води — твердив Фалес Мілетський, один зі стародавніх мудреців. А й справді, історія Землі — це насамперед історія води. У воді виникло життя. Різноманітна й щедра, беззахисна й сильна, вода безперервно змінювала та змінює обличчя нашої планети. То тече в річках і океанах, то парою піднімається в хмари, то покриває водойми кригою.

Англійські вчені знайшли поблизу Мерри гірке джерело. Був проведений хімічний аналіз води. В ній виявлено деякий відсоток сірчаноокислого кальцію. Коли у воду додати щавлевої кислоти, то сірчаноокислий кальцій осідає на дно й вода втрачає гіркоту. Щавлева кислота міститься в гілках куща, що називається ельвах. Кинувши гілку в воду, можна позбавити її гіркоти.

Та не думайте, друзі, що всі таємниці води розгадані. І на вас вистачить. Головне: старанно навчайтеся! Ось деякі з них.

На дні Адріатичного моря є вирва, в яку кожного дня збігає 30 тисяч тонн солоні води. Куди зникає ця вода? Учені підфарбували воду білою вирви, а потім шукали місце її виходу в морі й на суші, але так і не знайшли. Тоді у вирву кинули понад 100 кг круглих конфетті зі спеціальної пластмаси. Через газети вчені звернулися з проханням шукати ці кольорові кружечки. Але до цього часу їх не вдалося виявити. Куди ж витікає вода?

Ще ніхто не знає, що відбувається з водою в магнітному полі. Вчений В. Волькенштейн стверджує, що чиста вода — діамагнітна речовина, стан якої не можна змінити магнітним полем. А з дослідів відомо, що вода виявляє магнітні властивості. Із звичайної води в паровому котлі виділяються солі, які відкладаються твердим і суцільним шаром на стінках котельних труб, а з води, обробленої в магнітному полі, — у вигляді пухкого осаду, що зависає у воді. На багатьох теплових електричних станціях давно запроваджено магнітну підготовку, а як і чому вона працює — нерозгадана наукова таємниця.

Чи не про дива пішла мова? Звідки з'явилася вода?

Загальноновизнана гіпотеза походження води Світового океану зводиться до того, що майже вся маса води та розчинені в ній речовини надійшли з глибинних надр Землі — з мантиї. Яким був склад Світового океану в ті часи

— невідомо. Можна лише припустити, що вода була дуже мінералізованою й солоною, адже виділялася разом із газами, парою, димом, при підвищеній температурі.

Первинний океан, очевидно, покривав усю або майже всю планету. При цьому глибина його була незначною. Постійно та інтенсивно випаровуючись, вода оповивала Землю густими хмарами (подібно тим, що оточують Венеру), з яких випадали значні опади (дощі). Саме цей процес і спричинив появу прісної води, що становить 3 % світових водних запасів.



Як відомо, Світовий океан займає площу 361 млн км², або 71 % поверхні Землі. В ньому зосереджено 97 % усіх запасів води нашої планети. Наша планета — блакитна планета — єдина в Сонячній системі має водяну оболонку. Іноді кажуть, що доречніше було б її назвати не Землею, а Океаном.

Воду завжди вважали джерелом усього живого. Вона слугувала середовищем, в якому в процесі довготривалої еволюції на нашій планеті розвивалися рослини й тварини. Встановився нерозривний зв'язок людини з водою, адже вода є постійним учасником біохімічних процесів, що відбуваються в живих організмах. Саме завдяки цій властивості вона стала «носієм життя». То ж поговоримо детальніше про роль води в житті людини.

Вода — необхідний компонент життя. Вона потрібна для життєдіяльності рослин, тварин, людини. Людина постійно використовує воду для життя, приготування їжі, миття, прання, відпочинку, спорту, транспортного сполучення і т.д.

Одна людина в середньому споживає майже 600 т прісної води за рік, ще 200 т щорічно їй потрібно на санітарні цілі. Незрівнянно більше води витрачається на різних промислових об'єктах. Так, для виробництва 1

т міді необхідно 500 м³ прісної води, 1 т нікелю — 4000 м³.

Щодня дорослій людині потрібно 2-2,5 л питної води. А щоб організм справно працював, води необхідно в 4-5 разів більше, тобто 7-10 л. В організмі дорослої людини 68-70 % води, в тому числі: у крові — 90 %, м'язах — 75 %, кістках — 28 %.

Цікаво, що людина й тварини в процесі перетравлення їжі можуть у своєму організмі утворювати ендогенну воду. Така вода постійно «народжується» в тканинах нашого організму.

Організм людини важко переносить зневоднення. При втраті 1-1,5 л води з'являється відчуття спраги. Якщо людина втрачає 6-8 % своєї маси за рахунок дефіциту води, в її організмі порушується обмін речовин, гальмуються окиснювальні процеси, зростає в'язкість крові, підвищується температура тіла, пришвидшує пульс, червоніє шкіра,

Кращого теплоносія, ніж вода, природа не знає.

Вода відіграє важливу роль у підтриманні постійної температури (терморегулювання) організму. Зі зниженням температури зовнішнього середовища в ньому зростає утворення теплоти в результаті окиснювальних процесів, що запобігає охолодженню тіла. З підвищенням температури навколишнього середовища кровозабезпечення шкіри та її нагрівання зростає, що сприяє кращій тепловіддачі. За таких умов збільшується виділення поту. Його випаровування з поверхні шкіри забезпечує більшу віддачу теплоти та запобігає перегріванню організму.

Таким чином, вода в житті людини відіграє дуже важливу роль.

Аномалії води

Вода є гібридом кисню — елемента шостої групи. Хімічні аналоги води: H₂S, H₂Fe, H₂Se, H₂Po/ Для кожного з них відома температура кипіння, яка рівномірно змінюється від сульфурдо полонію. Якщо ми нанесемо ці температури на графік і продовжимо лінію точок кипіння в сторону води, то побачимо, що для води температура кипіння має бути — 80 °C. Але ми добре знаємо, що вода кипить при температурі 100 °C. Виявляється, що це одна з її незвичайних і дивних властивостей.

Гібрид кисню, враховуючи його положення в таблиці Менделєєва, повинен був би тверднути при температурі — 100 °C.

Але вода замерзає при 0 °C. Це її друга дивна властивість. Досліджуючи й аналізуючи властивості води, вчені назвали їх аномаліями. Перша аномалія — це виключно висока теплоємність води порівняно з іншими рідинами і твердими тілами, яку при 15 °C вважають рівною 4,2 Дж/кг·K, тоді як значення теплоємності для ртуті та платини — 0,12 Дж/кг·K, заліза та міді — 0,38 Дж/кг·K; піску, скла — 1 Дж/кг·K, повітря — 1 Дж/кг·K; деревини — 2,52 Дж/кг·K.

Через особливу здатність води поглинати теплоту її температура під час нагрівання й охолодження змінюється мало, тому морським і річковим мешканцям ніколи не загрожує ні сильне перегрівання, ні надмірне охолодження. Відмінність між теплоємностями води і ґрунту є однією з причин, що визначають різницю між морським і континентальним кліматом. Нагріваючись приблизно в п'ять разів повільніше, ніж ґрунт, вода у стільки саме разів повільніше охолоджується. Завдяки цій особливості моря й океани є потужними акумуляторами теплоти. Постійно віддаючи її атмосфері, вони пом'якшують клімат Землі. Через високу теплоємність воду широко використовують як теплоносії у теплосиловому та комунальному господарстві, а також як охолоджувач у разі необхідності зниження температури.

**Володимир КОНДРАТЮК,
професор ТДМУ**

ДАЛІ БУДЕ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ, ВИХОВНЕ ТА ЮРИДИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

(Продовження. Поч. у №21, 22)

Судово-медична практика показує, що дуже часто на підставі лише цих даних і ставиться діагноз «ЗЧМТ, струс головного мозку». Навіть і тоді, коли в ділянці голови немає ніяких ознак механічного впливу на голову. Цього не повинно бути, це аж ніяк не відповідає вимогам доказової медицини і свідчить про низький професійний рівень фахівців. Чому пацієнт майже завжди на запитання, чи втрачав свідомість, каже — «Так?» Тому, що це йому «вигідно», особливо при його участі у будь-яких конфліктах, що супроводжуються бійкою, побоями, падіннями, хуліганськими діями, при транспортних чи інших травмах.

Певна річ, що лікарю-лікувальнику для правильного встановлення діагнозу необхідно знати, чи була у пацієнта втрата свідомості і на який час, чи була блювота тощо. Як же про це дізнатися без навідних запитань? Дуже просто, запитати «що було далі?» (після удару, падіння) зразу після цього, через кілька хвилин згодом. І якщо пацієнт сповіщає події в хронологічному порядку з їх деталями (їх бажано лікарю з'ясувати), то найімовірніше ніякої втрати свідомості, а, отже, і струсу головного мозку не було.

Коли на пряме запитання щодо втрати свідомості й блювоти, нудоти отримана позитивна відповідь, то зазвичай ставиться діагноз «ЗЧМТ, струс головного мозку», і після цього пацієнта доправляють до стаціонару. Лікар стаціонару водночас сприймає цей діагноз, як вже встановлений, тим більше, що при легких ступенях струсу мозку лікар сам не спостерігає втрати свідомості, блювоти, судом тощо. І в подальшому такого пацієнта весь персонал стаціонару вважає вже хворим зі струсом головного мозку. Досить часто цим діагнозом бувають «заворожені» й інші спеціалісти, які оглядають пацієнта, і що дивує — навіть неврологи, невропатологи, нейрохірурги. На жаль, не складають виняток і клініцисти-науковці курсу нейрохірургії та кафедри нервових хвороб університету. Вони розглядають його як хворого із завідомим струсом головного мозку. Його скарги за відсутності об'єктивних симптомів розглядають як скарги на прояви струсу мозку, що мав місце, і визначаються, як «залишкові явища струсу головного мозку», «посттравматична цефалгія», «дисциркуляторна енцефалопатія», «астено-невротичний синдром» тощо, навіть у тих випадках, коли насправді струсу головного мозку у пацієнта не було.

Як об'єктивні ознаки струсу головного мозку фахівці називають нерівномірність зіниць, горизонтальний ністагм, пошквалена, пониження сухожильних рефлексів, астенізацію, координаційні проби тощо, забуваючи,

що вони не специфічні для струсу й спостерігаються у пацієнтів при багатьох хронічних хворобах, патологічних станах, хронічних інтоксикаціях алкоголем, нікотином тощо, які перебігають, у тому числі й приховано. Це давно науково доказано. А від наявності чи відсутності у пацієнта струсу головного мозку частіше залежить не лише його здоров'я, а й доля інших людей, почасти не винних у заподіянні травми.

Завдяки порочній практиці, що склалася щодо діагностики струсу головного мозку, трапляються іноді й спроби симулювати чи агравіювати цей вид травми, що у певних випадках вдається.

Якщо в історії хвороби відсутні об'єктивні ознаки струсу головного мозку, то у судово-медичних висновках цей факт зазначається, і діагноз «ЗЧМТ, струс головного мозку» залишається без юридичної оцінки ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. Непорозуміння з цього приводу нерідко закінчуються призначенням повторної експертизи, породжують скарги потерпілих у правоохоронні органи, прокуратуру, органи охорони здоров'я, особливо у тих випадках, коли пацієнт перебуває у стаціонарі об'єктовано чи необ'єктовано більше трьох тижнів.

Таку ситуацію треба правильно роз'яснювати як слідчим, прокурору чи суду, так і потерпілим. Підставою для шпиталізації й перебування у лікарні пацієнта є *припущення* про наявність у нього струсу головного мозку і необхідність у цьому зв'язку клінічного (стаціонарного) спостереження, адже за наявності справжнього струсу мозку його об'єктивні прояви можуть бути виявлені не одразу після травми чи вступу в лікарню, а в подальший період, який може сягати 2-3 тижнів. При такому клінічному підході шпиталізація, ліжковий режим і тривале лікарське спостереження пацієнта є об'єктованими. Ця міра диктується клінічними міркуваннями й спрямована на профілактику можливих несприятливих наслідків травми голови, передбачуваної у пацієнта.

Судово-медичний же погляд на оцінку тяжкості тілесних ушкоджень при струсі головного мозку відрізняється від клінічного тим, що вимагає *обов'язкової* наявності об'єктивних ознак, які були б об'єктованими діагнозу травми. Ось чому між клінічним і експертним підходом у таких випадках суперечностей фактично немає. Просто у лікарів-клініцистів та експертів різні завдання. Судово-медичний експерт не має підстав брати за основу «струс головного мозку», якщо цей діагноз виставлений лише за скаргами й розповідями підекспертної особи про її відчуття. Це не означає, що струсу мозку не було. Він міг і бути, але експерт не може об'єктивно доказати його, а отже, об'єк-

тувати свій висновок. Лікар-клініцист для лікувально-профілактичних цілей може керуватися і здогадним діагнозом, що й необхідно відображати в історії хвороби.

У медичних документах важливе значення для правоохоронних органів і суду мають записи щодо *алкогольного сп'яніння* травмованих при їх вступі в стаціонар чи наданні їм першої медичної допомоги на місці пригоди.

Коли особи, які отримали травму у стані алкогольного сп'яніння, вступають в стаціонар для надання необхідної медичної допомоги, у багатьох випадках єдиною підставою для судження про те, чи перебував потерпілий у стані алкогольного (чи наркотичного) сп'яніння, є лікарські записи в історії хвороби. Недопустимо, щоб лікар-лікувальник вирішував питання про алкогольне сп'яніння лише на підставі запаху алкоголю з рота пацієнта або попередніх проб на етиловий спирт у видихуваному повітрі (проба Рапопорта, трубка Мохова-Шинкаренка). Ці проби широко розповсюджені, але вони не є специфічними.

Висновок про наявність і ступінь алкогольного сп'яніння згідно з наказом №114/38/15-36-18 МОЗ, МВС і Мінюсту України від 24 лютого 1995 року виносять на підставі клінічного обстеження (схема якого наводиться в додатку до вказаного наказу), результатів якісних проб і кількісного визначення алкоголю в крові і сечі, яке в цей час здійснюється методом газорідної хроматографії. Отже, у всіх випадках травм при вступі пацієнта у стаціонар необхідно брати його кров і сечу і направляти на дослідження з метою визначення у них концентрації етанолу. Результати цих досліджень повинні бути підключені в історію хвороби.

Особливого значення історії хвороби та записи в них набувають при розслідуванні справ *про професійні правопорушення медичних працівників*, при розгляді у різних інстанціях скарг хворих чи їх родичів на несвоєчасне або неналежне лікування, коли виникають підстави думати про неправильні дії, а також халатність лікаря. Це найчастіше буває у випадках різкого погіршення стану здоров'я хворого або його смерті.

Аналіз матеріалів, клініко-анатомічні конференції, відомчі перевірки при розслідуванні показують, що у більшості подібних випадків звинувачення лікарів виявляються необ'єктованими, адже розлад здоров'я хворих чи їх смерть обумовлені тяжкістю захворювання чи травми. Але іноді з'ясується, що звинувачення лікарів у несприятливому наслідку лікування є тією чи іншою мірою справедливими.

У будь-якому варіанті вирішальне значення для з'ясування правомірності дій медичних

працівників належить, поряд з результатами патологоанатомічних чи судово-медичних досліджень, історії хвороби та амбулаторній карті. За записами в них судять про правильність діагностики і лікування, про необхідність, терміни, методику й техніку оперативних втручань та про інші лікарські дії. Особливо ретельному аналізу піддається історія хвороби, зокрема ті її частини, в яких відображені первісний стан хворого (чи травмованого), обґрунтування діагнозу, дані про хірургічні втручання, виконання певних досліджень чи маніпуляцій, догляд за хворою особою тощо.

Недбале заповнення історії хвороби, стандартні загальні фрази у щоденниках, за якими важко зробити конкретні висновки про перебіг хвороби чи травматичного процесу, підчистки та виправлення, відсутність запису про згоду хворого чи його представників на оперативне втручання або на складну діагностичну процедуру, про результати огляду запрошеними консультантами тощо вже самі можуть скласти уявлення про несумлінне ставлення лікаря до своїх обов'язків, про недостатнє почуття моральної відповідальності у виконанні посадових дій. Українці непереконливо звучать у таких випадках посилення на службову зайнятість, у зв'язку з чим мало часу залишається на роботу з медичною документацією, нерозбірливий почерк тощо, які доводиться чути від допитуваного слідчим чи судом лікаря.

Результати вивчення 1513 первинних медичних документів різних лікувально-профілактичних закладів України, що містились в кримінальних справах і матеріалах прокурорських перевірок у випадках неналежного надання медичної допомоги, проведеного Ю.Д. Сергеевим, показали, що ще не всі лікарі та керівники закладів охорони здоров'я достатньою мірою розуміють важливість цього виду лікарської діяльності, належного контролю за якістю ведення медичної документації, яка має важливе юридичне значення.

У 36,4 % вивчених документів були виявлені грубі або суттєві порушення правил їх ведення, як-от: недбалість, неповнота, недопустима короткість щоденників, непослідовність викладення, відсутність даних динамічного спостереження, формулювання діагнозів без врахування сучасної класифікації хвороб, відсутності епікритів, результатів багатьох аналізів, листків призначень тощо. Усе це виключало (у 28,7 % випадків) або значно утруднювало (у 71,3 %) можливість прослідкувати тактику лікуючого лікаря та його думку про захворювання з урахуванням динаміки клінічного обстеження і спостереження, інших даних.

Яку користь для пацієнта чи допомогу лікуючому лікарю дає,

наприклад, такий запис в історії хвороби терапевта при травмі в побуті (дослівно): «17.02.2006 р. — терапевт: АТ 100/70 мм рт. ст., пульс — 70 ударів за 1 хвилину, ритмічний. Закл.: «Сольовий діатез» (історія хвороби № 1292/130 Терн. обл. лікарні). На підставі чого поставлено діагноз? Головне, що консультація проведена, а що її такі результати нікому не потрібні, це нікого не хвилює. А повинно хвилювати, насамперед начмеда лікарні який відповідає за якість діагностично-лікувальної роботи в закладі. Таких прикладів можна навести десятки.

У 2,6 % випадків виявлені факти прямої фальсифікації медичної документації, записи неправдивих даних про неналежне надання лікувальної допомоги. «Лікарю належить завжди пам'ятати, що недбало та неправильно оформлена історія хвороби — перший його обвинувач і завжди ускладнює справу», — писав видатний судовий медик професор М.І. Райський. І далі він зазначав: «Часто-густо лікарі починають доповнювати історію хвороби, вписувати відповідні дані, як кажуть, «заднім числом», що недопустимо, адже «потім» можна писати все, що заманеться. У випадку необ'єктованого звинувачення медичного персоналу в неналежному наданні допомоги хворому історія хвороби, за умови її сумлінного ведення, якраз і є тим документом, який цілком може виправдати дії лікаря.

Вважаємо за необхідне звернути особливу увагу на *почерк*, яким ведуться записи в медичних документах. Під час проведення судово-медичної експертизи за медичними документами часто прочитати те чи інше слово, іноді ціле речення неможливо. Медичні записи треба робити так, щоб їх вільно могла прочитати інша, крім автора, особа. Посилання багатьох лікарів на те, що «у мене такий почерк», нічого не означає. Почерк може бути різним, він, як правило, індивідуальний, але кожна написана літера в ньому повинна читатися однозначно. Наприклад, при проведенні експертизи за історію хвороби № 1593 Почаївської райлікарні № 2 на ім'я С. записи одного з консультантів прочитати взагалі не вдалося, у тому числі колективно. Заява лікаря про те, що він квапився, а тому написав нерозбірливо, аж ніяк не виправдує його «карлючок». Лікар може поспішати надавати невідкладну медичну допомогу пацієнту, виконувати заходи, спрямовані на збереження життя людини. Але, виконавши свою роботу і сівши занотувати зроблене в історію хвороби, не повинен здійснювати це поспіхом, скорочено, як-небудь.

Анатолій ЗАВАЛЬНЮК,
доктор меднаук, професор

ДАЛІ БУДЕ

ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ МІСЬКІЙ КОМУНАЛЬНІЙ ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ – 150 РОКІВ

У документах архіву є відомості, що будівництво Тернопільської міської лікарні (шпиталю) розпочалося 1857 року: 12 серпня освятили наріжний камінь. А в березні цього ж року «Gazeta Lwowska» повідомила, що громадськість Тернополя влаштувала бал-маскарад, дохід від якого (323 золотих ринських і 57 грейцарів) було передано на будівництво нового шпиталю. 1858 року в фонд будівництва лічниці надійшло 39209 золотих ринських і 57 грейцарів добровільних пожертвувань. Вже через рік виріс перший поверх і почалося будівництво другого.

1875 року двоповерховий будинок і шпитальна каплиця були майже готові, та завершилося будівництво лише 1898 року. В головній будівлі лікарні налічували 92 ліжка, а також вісім ліжок для інфекційних хворих.

1914 року директором міського шпиталю був Йосиф Іванович Екгардт, помічником на період воєнної кампанії працював лікар Володимир Віпушинський, 7 сестер милосердя, та 14 осіб обслуговуючого персоналу, а ще лікарі Осип Топольницький та Кароль Біркенфельд, яких на період війни призвали до армії.

6 лютого 1915 року з дня окупації Тернополя російською армією в шпиталі було виліковано 77 членів російської та 103 члени австрійської армії. Комітет загальної краювої лікарні на той час очолював о.Володимир Громницький.

1931 року у міському шпиталі було уже 96 ліжок, 16 ліжок для інфекційних хворих, 8 ліжок для породіль.

1937 року в міському шпиталі



надбудовано ще один поверх, де розмістився інфекційний відділ. Очоловав комітет будівництва о. В. Громницький.

У зв'язку з тим, що проводилася відбудова частково зруйнованої під час воєнних дій лікарні, наприкінці 1945 року Тернопільська міська лікарня займала тимчасове приміщення за адресою вул. Острозького, 7 (на 110 місць).

Загальна площа лікарняних палат становила 250 кв. м., палати освітлювалися газовими лампами, а опалення було пічним.

У підсобному господарстві лікарні було 7 гектарів орної землі, два коні, конюшня.

Головним лікарем тоді був хірург Козяревич К.Г.

Наприкінці 1946 року міська лікарня вже розміщувалася за адресою вул. Шпитальна, 2 і займала два триповерхові корпуси. До її складу входили: рентгенкабінет, аптека, кабінет переливання крові, патологоанатомічне відділення, лабораторія. Працювало 15 лікарів,

40 працівників середнього медичного персоналу, 1 фармацевт, 66 працівників молодшого медперсоналу. Загальна кількість ліжок збільшилася до 300. Кількість хворих, яких доправили, 1946 року становила 2387 осіб, було проведено 657 операцій, у тому числі невідкладних – 87.



Рішенням виконкому Тернопільської обласної Ради депутатів трудящих від 29 грудня 1949 року № 2152 у зв'язку з тим, що Тернопільська міська лікарня фактично обслуговує кваліфікованою медичною допомогою населення всієї області, їй надано статус обласної.

Наприкінці 1950 року в лікарні працювали 51 лікар, 2 стоматологи, 97 працівників середнього ме-

дичного персоналу, 2 фармацевти, 97 осіб молодшого медичного персоналу, 52 особи обслуговуючого персоналу, всього 302 працівники. За рік шпиталізовано 7261 хворих, проведено 2284 операції.

Першим головним лікарем став доктор О.Б. Ляпис, у подальшому відомий лікар-онколог. Його змінив К.Є. Беліков, який раніше очолював Заліщицький шпиталь для ветеранів війни.

К.Беліков був кваліфікованим фахівцем у галузі щелепно-лицевої хірургії. Він першим в області почав оперувати дітей з аномаліями щелепи, твердого піднебіння, губи. Його наступником став лікар Є.Рижак, надзвичайно турботлива та порядна людина. Запровадив в краї хірургічні методи лікування ендокринної патології. В подальшому лікарню очолив висококваліфікований лікар Алхімов.

1960 р. до 1983 р. головним лікарем закладу був Василь Тимофійович Шкробот. Він зробив вагомий внесок у розвиток лікарні. За короткий термін побудовано три лікарняні корпуси, господарські споруди.

Він був депутатом районної та міської рад кількох скликань, членом правління республіканського товариства хірургів та Червоного хреста. За його керівництва лікарня брала активну участь у житті Тернополя. Василь Шкробот був нагороджений трьома орденами та десятьма медалями Радянського Союзу, медаллю ім. Пирогова, значком «Відмінник охорони здоров'я». Шкробот В.Т. є автором монографії та понад 30 наукових статей.

Наступниками В.Т. Шкробота були В.М. Гоцуляк В.П. Закопняк, Б.С. Сеньків В.П. Яцюта, М.Є. Кравчук. За ці роки було проведено реконструкцію структурних підрозділів

лікарні, добудовано лабораторно-діагностичний корпус, поліпшено технічне оснащення.

З приходом на посаду головного лікаря В.В. Кміти взято курс на оптимізацію та раціональне використання ліжкового фонду й інтенсифікацію лікувально-діагностичного процесу шляхом реорганізації ліжкових відділень, впровадження нових ме-



дичних технологій, оснащення сучасною діагностичною і лікувальною апаратурою, вдосконалення співпраці з профільними кафедрами Тернопільського державного медичного університету ім. І. Горбачевського. Використані можливості в діагностичному та лікувальному процесі, співпраця на взаємовигідних засадах з приватними лікувальними закладами (ПП «Стас», «Плазма»).

Рішенням сесії Тернопільської міської ради від 22.12.1998 р. Тернопільська міська комунальна лікарня № 1 з 01.01. 1999 р. реорганізована в Тернопільську міську комунальну лікарню швидкої допомоги.

Нині лікарня швидкої допомоги – один з найпотужніших лікувальних закладів області, який надає планову та ургентну допомогу мешканцям міста Тернополя.

Нині в лікарні розгорнуто 7 відділень, ліжковий фонд яких становить 295 ліжок. Працюють 182 лікарі, 311 середнього медперсоналу. Щороку в стаціонарі лікарні проходять лікування понад сім тисяч осіб, проводиться понад три тисячі операцій.

Наталія БЕСЯДА,
журналіст «Центру здоров'я»

КОЛЕГІЯ

ЗРОСТАЄ ЗАХВОРЮВАНІСТЬ КРАЯН

Така не досить втішна інформація прозвучала на черговій колегії головного управління охорони здоров'я ОДА. На зібранні були підбиті підсумки роботи закладів охорони здоров'я за 9 місяців 2007 року. Про це доповідав начальник головного управління охорони здоров'я ОДА Володимир Курило. Також йшлося й про виконання Національної програми «Цукровий діабет». Слово тримала головний позаштатний ендокринолог головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації Надія Гулько. Про підвищення ефективності в діяльності бюро судово-медичної експертизи мовив начальник обласного бюро судово-медичної експертизи Ігор Юхимець. Перший заступник начальника управління охорони здоров'я ОДА Михайло Буртняк оголосив результати перевірки лікувально-профілактичних закладів краю, яку

проводили спеціалісти контрольно-ревізійного управління. Цього року, зазначалося на колегії, дещо поліпшилося фінансування лікувально-профілактичних закладів Тернопілля, залучалися позабюджетні надходження, збільшилася вартість ліжкодня, а також видатки на пільгове забезпечення медикаментами. Значних успіхів досягнуто щодо матеріально-технічної бази – завершена реконструкція кардіологічного центру обласної лікарні, стаціонару Тернопільської та Підгаєцької районних лікарень.

Серед оновлених – нефродіалізний центр в обласній лікарні, поліклінічне відділення обласного протитуберкульозного диспансеру, лабораторія в обласному центрі профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, пологові відділення у чотирьох районних лікарнях. Відкрита лабораторія ДНК-діагностики в

обласній дитячій лікарні та сімейні пологові зали у 12 районних центрах краю, газифіковані 6 лікарських амбулаторій та 25 ФАПів. Та все ж не тішать основні показники здоров'я краю. За словами Володимира Курило, зросла поширеність захворювань, зокрема, на 1,7 % – найвищі показники в Підволочиському, Заліщицькому, Зборівському районах. У структурі поширеності лідирують хвороби системи кровообігу, органів дихання, шлунково-кишкового тракту. Не тішать й показники первинної захворюваності, перші позиції займають недуги органів дихання, вони становлять 44,4 відсотка. На 9,5 % зросла інфекційна захворюваність, без грипу та гострих респіраторних інфекцій, навпаки, зменшилася, а саме на 36,4 відсотка.

Складною залишається й ситуація щодо захворюваності на

туберкульоз, хоча й спостерігається деяке «потепління» у цій царині, але у Тербовлянському, Тернопільському, Монастирському районах хворих побільшало. Тривожить й те, що багато мешканців області не пройшли флюорографічне обстеження, не достатньо застосовують нині фахівці фтизіатричної служби й такий вид досліджень, як бактеріоскопічні методи.

Особливу увагу на зібранні акцентували на проблемі онкологічних недуг – зростання захворюваності на злоякісні новоутвори становить 219,7 на 100 тисяч осіб (торік 209,7 на 100 тис. осіб). Хоча як позитивний фактор помітно знизилася кількість хворих із запущеними стадіями хвороби.

Не залишили осторонь на колегії й такого важливого питання, як охорона материнства та дитинства. Щодо на-

роджуваності, то тут сталий показник, і нині становить 7,9. Але незважаючи на те, що дитяча смертність знизилася, та й матеріально-технічна база пологових стаціонарів поліпшилася, стан здоров'я матерів і дітей не на належному рівні. Скажімо, цього року померло 72 дітей до одного року. Та й перинатальна смертність зросла – до 11,2. Зріс показник мертворожденості – найвищий він у Гусятинському, Монастирському, Чортківському районах.

На колегії йшлося про удосконалення та поліпшення роботи стаціонарозамінних і стаціонарних форм надання меддопомоги; роботу швидкої допомоги, про виконання завдань із загатовлі крові, діяльність обласних дитячих санаторіїв, імунопрофілактичну роботу, основні напрямки діяльності галузі охорони здоров'я на 2007-2008 роки.

Лариса ЛУКАЩУК

ЯКБИ НЕ ТА ПЛЯШКА, ТО Й ГОРЯ БУЛО Б МЕНШЕ

Алкоголь — ефективний засіб скорочення життя.

...Бо я панського роду, п'ю горілку, як воду.

Ви ще не п'яні, якщо лежите на землі, не тримаючись за землю.

Горілочка, як дівочка, куди захоче — туди й поведе.

Горілка без пива — гроші на вітер.

Доброму вину не треба корка. Живеш — випити хочеться, випив — жити хочеться.

Коли чоловіки приходять тверезі, то від щастя п'яніють жінки.

Міцніша за сталь тільки горілка.

Можна відмовитися від першої чарки, але не від другої.

На вині поклявся, що горілки в рот не візьме.

Оце дудлять горілки, аж в горлі клекотить.

П'яна нація — покірنا й байдужа нація до своєї долі.

Пий горілку — люби дівку.

Після трьох чарок коньяку француз переходить на мінеральну воду, а росіянин на «ти». П'є менше, але частіше. Російська трійка: пиво, вино й горілка.

Сім разів випий — раз закуси. Хто не п'є, той по-справжньому не живе.

Чим більше п'ю за твоє здоров'я, тим швидше вип'ю за твій упокій.

Чим більше вип'єш, то ніби мудрішим стаєш.

Щоб пити горілку, треба мати міцне здоров'я, щоб не пити — міцні нерви.

П'ю для того, щоб світ та інші люди стали цікавішими.

Ні зорі їаї

ПОХОДИВ Я ТРОХИ ДО ЛІКАРІВ

Аби до старих болячок Нових не нажити,
Вирішив я до лікарів Трохи походити.
Може, думаю, порадять Щось мені старому,
І якийсь багаж медичний Принесу додому.
Зирк на двері — офтальмолог:
— Кидайте курити,
А також рекомендую Спиртного не пити.
Глаукоми й катаракти Минуть ваші очі,
Зір і вдень буде відмінний,
І темної ночі.

Дієтолог — другі двері:
— Ось що, любий друже — Ні на сало, ні на м'ясо Не кидайтесь дуже.
Вилучайте смаженину, Це морока жінці.
Окрім того, дуже шкодить Шлунку і печінці.
Не вживайте також їжі, Де гостра приправа,
Обмежуйте і молочне — Не для вас ця страва.
Терапевт — почав від тиску,
(Той запросив сісти):
— Я боюсь, чи вам потрібно Взагалі щось їсти.

Дуже тиск у вас стрибає — Сердечна недуга.
Зробіть ще кардіограму, Зайдіть до хірурга.
Потім зробим аналізи, УЗД пройдемо,
А відтак по цьому ж шляху Назад повернемо.
От тоді вже вам призначим Ліки гонорові
І, як Бог вам допоможе,
Будете здорові.

Арсен ВІКАРУК
м. Тернопіль

ФОТОВІКНО



Церква Воздвиження Чесного Хреста в Тернополі

ПРЕПАРАТ ЗУПИНИТЬ КРОВОТЕЧУ ЗА КІЛЬКА ХВИЛИН

Турецькі вчені створили новий медпрепарат для зупинення кровотечі. Використали кропиву, солодку, тмин та виноградну лозу. Створили його на основі старовинного рецепту для лікування гемофілії. Добрі результати дає і його вживання хворими на цукровий діабет. Кровотеча зупиняється за кілька хвилин. Це дасть змогу знизити смертність від значної втрати крові.

ОДНЕ ЯБЛУКО НА ДЕНЬ РЯТУЄ ВІД ЗАЙВИХ КАЛОРИЙ

Наступною модною дієтою може стати яблучна. Нове дослідження показало, що одне яблуко на день рятує від зайвих калорій. З'їдаючи за 15 хвилин до обіду яблуко, людина споживає на 190 калорій менше, ніж без яблука.

Звіт про результати дослідження був представлений на засіданні Товариства боротьби з ожирінням (Obesity Society) — об'єднання вчених і професіоналів, які займаються контролем за вагою.

Дослідники з університету Пенсільванії вивчили, яким чином споживання яблук впливає на засвоєння калорій.

59 чоловіків і жінок з нормальною вагою щодня протягом п'яти тижнів приходили в лабораторію снідати і обідати.

Перед обідом учасникам експерименту або нічого не давали, або пропонували 1,5 почищених і нарізаних яблук (близько 125 калорій), або аналогічну за калорійністю кількість яблучного пюре, яблучного соку з м'якоттю чи без неї. Приблизно через 15 хвилин учасникам подавали тортеліні із сиром і томатним соусом.

В учасників, які з'їли просте яблуко, засвоювалося на 187 калорій менше, ніж у тих, хто одержав яблучне пюре, сік або нічого.

«Це свідчить про те, що споживання якогось низькокалорійного продукту на кшталт фруктів перед їжею може бути відмінним виходом для меншого засвоєння калорій, — каже науковий співробітник університету Пенсільванії Джулі Флад. — Схоже, фрукти в натуральному вигляді ситніші за фруктовий сік і люди сприймають їх по-різному. Вони дивляться на яблуко і гадають, що ним можна наїстися».

Професор дієтології Пенсільванського університету Барбара Ролле каже, що ці відкриття підтверджують, такі низькокалорійні страви, як суп, салат або фрукти, з'їдені на початку їжі, призводять до того, що ви їсте менше. «Ми вважаємо, що ефект міг би бути ще сильнішим, якби ми не зчищали з яблук шкірку».

Директор харчової лабораторії при університеті Корнелла, штат Нью-Йорк, Браян Венсінк каже: «Це доводить, що не калорії, а сам процес споживання їжі змушує вас думати, що ми ситі».

Відповіді на сканворд, вміщений у № 22, 2007 р.

1. Навратилова. 2. Шпилька. 3. Дніпро. 4. Лангет. 5. Ян. 6. Ной. 7. Беккер. 8. Бар. 9. Талант. 10. Лютий. 11. Лат. 12. Состав. 13. Село. 14. Аорта. 15. Алое. 16. Сан. 17. Аскет. 18. Око. 19. Топаз. 20. Перу. 21. Еверт. 22. Чоп. 23. Оратор. 24. Соте. 25. НТВ. 26. Арарат. 27. Сян. 28. Сер. 29. Ра. 30. Ослін. 31. Сум. 32. Сом. 33. ЛАЗ. 34. Хінгіс. 35. НТО. 36. Яр. 37. Ігор. 38. Схід. 39. Ліга. 40. Дагестан. 41. Манто. 42. Мінога. 43. Ура. 44. АСУ. 45. ТТ. 46. Конгрес. 47. Морква. 48. Сума. 49. «Оскар». 50. Сет. 51. Як. 52. Кок. 53. Па. 54. Кагор. 55. Гулагон. 56. Офсет. 57. Сафін. 58. Але. 59. Оберіг. 60. Ар. 61. Фрі. 62. Луб. 63. Селеш. 64. Кра. 65. Гін. 66. Тур. 67. Іф. 68. Тин. 69. Ле. 70. Сі. 71. Ого. 72. Нора. 73. Теніс. 74. Га.

1. Законодавчий акт Центральної Ради	2. Футбольний клуб у Тернополі	3. Настанова, порада	4. Суддя у спорт. змаганнях
5. Возз'єднання	6. Прапор Президента України	7. 24 години 8. Укр. телеканал	9. Хлібний виріб
10. Бойовий клич	11. Спосіб шиття	12. Партія В.Чорновола (абрв.)	13. Різновид халцедону
14. Український танець	15. Прилад для ловлі риб	16. Шанобливе звертання до українця	17. Майстерня
18. Райцентр на Тернополі	19. Напій з ягід, фруктів	20. Танцювальний крок	21. Де-факто
22. Засіває лан	23. ...Ось-мачка	24. Тут ставлять вистави	25. Орган птахів
26. Китайська гривня	27. Облцентр в Україні	28. Оре землю	29. Нота
30. Державна відзнака	31. Гараж для літаків	32. Прикраса з коралів	33. Роман Ю.Мушкетика
34. Гуцульський танець	35. Гори.	36. Талія, Табір	37. Бог сонця
38. Старослов'янська літера	39. Склепіння	40. Захворювання	41. Героїня «Украденого щастя»
42. Різдвяне дійство	43. Героїня М. Старицького	44. Одилиця потужності	45. Пістолет
46. Грошове стягнення	47. Вживається для писання	48. Казкове число	49. Великий безлісий простір
50. 100 м ²	51. Щастя футболіста	52. Ансамбль з трьох співаків	53. Протидіяння чужій волі
54. Час, період	55. Місто	56. Регіон України	57. Український автобус
58. Казахська країна	59. Бик	60. Українські Фермопіль	61. Багатомінеральна гірська порода
62. Символ одного з облцентрів	63. Ручна граната	64. Літак	65. Вість
66. Сажетт	67. ...банк	68. Покрівля	69. Гбрид коня та віслюка
70. Казка М. Коцюбинського	71. Професіонал	72. Устрій	73. Огорожа
74. Займенник			