

МЕДИЧНА КАДЕМІЯ

№ 8(193)
ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ
24 квітня 2007 року



Оголошення

Оргкомітет з проведення науково-практичної конференції «Медсестринство в Україні: досвід і проблеми» запрошує студентів, викладачів та всіх бажаючих, хто добре володіє англійською мовою для участі в роботі з іноземними учасниками із США, Бельгії, Данії та Нідерландів.

Бажаючим звертатися в ННІ медсестринства до директора Ліщенко Наталії Олександрівни.
Тел. 43-09-27.

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

на медичному факультеті:

— завідувача кафедри медицини катастроф і військової медицини — 1 посада;
— професора кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами — 1 посада;
— доцента кафедри загальної гігієни та екології — 1 посада;

— доцента кафедри фармакології з клінічною фармакологією, фармацією та фармакотерапією — 1 посада;

на фармацевтичному факультеті:

— доцента кафедри фармацевтичних дисциплін — 1 посада;

на факультеті післядипломної освіти:

— доцента кафедри акушерства та гінекології ФПО — 2 посади;

Вимоги до претендентів: наявність наукового ступеня, стаж роботи за фахом — не менше три останні роки, 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.

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ



Ірина КІШ, п'ятикурсниця фармацевтичного факультету

ПОДЯКА

Шановна редакціє «Медичної академії», щиро дякую від усієї родини Петра Омеляновича та Ліді Іванівни Огій за вшанування їхньої пам'яті колишнім колегам Василю Дмитровичу Пришляку, Вікторові Олександровичу Шідловському і всім, хто працював з ними та знав їх.

Низький уклін і подяка від усієї родини.

З пошаною

Ніна ОГІЙ.

м. Жовті Води

Дніпропетровська область.

НОВИНИ

ЯКІСНІ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ

Амбулаторія сімейного лікаря в Романовому Селі Збараського району нещодавно отримала набір медичного обладнання.

Як розповіла сімейний лікар Тетяна Копець, на це обладнання тут чекали п'ять років. Були також проблеми іншого характеру, скажімо з опаленням. Але завдяки сприянню сільського голови Тетяни Чорної, інших чуйних людей труднощі вдалося здолати.

Тепер, переконана сімейний лікар, з новим обладнанням є можливість підняти медичне обслуговування мешканців Романового Села та сусідніх Киданців на вищий рівень.

Надія ГОРОШКО

**ПРАЦЮВАЛИ ПЕРЕСУВНІ
ФЛЮОРОГРАФИ**

У Заліщицькому районі в лютому і в березні працювали два пересувні флюорографи з Тернопільського облтубдиспансеру. Тож кожен, хто дбає про своє здоров'я, міг пройти обстеження.

На жаль, епідемічна ситуація в районі досить напружена. На зростання показника захворюваності на туберкульоз впливає екологічна забрудненість довкілля, в тому числі наслідки Чорнобильської катастрофи, незбалансованість харчування мешканців, економічні труднощі лікувально-профілактичних закладів. Серед негативних факторів — міграція населення, алкоголізм, наркоманія, асоціальна поведінка осіб із занедбанними формами туберкульозу.

Для порівняння: якщо 1990 року в районі вперше захворіли туберкульозом 16 осіб, то торік — 38.

Інфікованих багато, але, на щастя, хвороби піддаються не всі. Як розповідає районний фтизіатр Василь Гарбузяк, у більшості дорослих є природна стійкість до захворювання. Однак після перенесених операцій при деяких хронічних захворюваннях, зловживанні алкоголем і наркотиками імунітет людини значно знижується, а ризик захворіти на туберкульоз зростає. Знижений імунітет і в літніх людей. Тож береженого, як кажуть, Бог береже. Туберкульоз — хвороба виліковна й чим швидше захворювання буде виявлене, тим швидше і з меншими затратами настане одужання, не перестають наголошувати лікарі.

Оксана БУСЬКА

ІНФОРМАЦІЯ

**ДЛЯ ПОЛІПШЕННЯ
МЕДОБСЛУГОВУВАННЯ**

Торік 80 відсотків коштів, виділених на охорону здоров'я у Зборівському районі, спрямували на утримання мережі лікувальних закладів, решта — на діагностику та лікування. Вдалося придбати апарат УВЧ для фізіотерапевтичного кабінету, електрокардіографи, фіброгастроуденоскоп, ЕКГ-апарат для Озернянської дільничної лікарні. За кошти з держбюджету придбали також комплекти обладнання для амбулаторії у селі Годові і ФАПу — у Гаях-Розтоцьких. За сприяння голови Зборівської райдержадміністрації Софії Демків і за додатково виділені з районного бюджету кошти купили 11 холодильників для ФАПів. На автономне опалення перевели основні корпуси центральної районної лікарні. Головний лікар Євген Шевчук зумів залучити на це понад 300 тисяч гривень. Газифікували поліклініку Залозецької лікарні і три ФАПи у селах Вертелка, Монилівка

та Чорний Ліс. Підвели природний газ до Олівської амбулаторії.

На зібранні медиків району з участю заступника начальника облуправління охорони здоров'я Любові Патри, голови райдержадміністрації Софії Демків та головного санітарного лікаря Олександра Скидана йшлося також про те, що потрібно лікувальним закладам для поліпшення медобслуговування.

Найперша і найкоштовніша потреба — рентгенапарат, який вартує не менше 300 тисяч гривень. Для районного бюджету це надто велика сума, всі сподівання медиків — на державне фінансування. У цьому ж списку найпотрібніших речей — фетальний монітор і два апарати штучної вентиляції легенів для реанімації та пологового відділення, аналізатор калій-натрію й апарат імуноферментної діагностики. Не завадив би і сучасний апарат УЗД. Хотілося б, звісно, щоб плани здійснилися вже цього року.

Мар'яна МОСЬОНДЗ

**ПЕРЕДПЛАТИТЬ
ГАЗЕТУ**



ПЕРЕДПЛАТНА ЦІНА

на один місяць — 2 грн 70 коп;
на три місяці — 8 грн 10 коп;
на півріччя — 16 грн 20 коп.
Передплатити газету можна у будь-якому відділенні зв'язку

ІНДЕКС 23292

ЧОРНОБИЛЬСЬКЕ ЛИХО: 21 РІК ОПІСЛЯ

Незважаючи на те, що з часу Чорнобильської катастрофи минуло понад двадцять років, її відлуння відчутне й донині у всіх кутках планети. Лише в Україні забрудненими є 50 тис. км² площ у 12 областях. Тернопільщина – одна з найменших за територією і чисельністю мешканців, але людей, які потерпіли внаслідок катастрофи немало – майже 47 тисяч.

– На Тернопіллі до зони посиленого радіаційного екологічного контролю належать 10 населених пунктів, – розповідає завідувача обласним центром радіаційного захисту населення Олександра Юровська. – Це – міста Заліщики і Чортків, а також у Чортківському районі смт. Заводське, села Босири, Зелена, Колиндяни, Коцюбички, Сокиринці, Шманьківці. Тут мешкає майже 52 тисячі осіб, з них – 13,5 тис. дітей. В більшості населених пунктів спеціалісти спостерігали зниження середньої дози опромінення, а от у Зеленій, Сокиринцях, Шманьківцях – навпаки, підвищення. Найвищі дози опромінення під час радіологічного моніторингу зафіксували у селах Босири, Зелена, Коцюбички. Хоча впродовж останніх десяти років помітне певне зниження дози опромінення.

Звісно, радіологічне забруднення не могло не вплинути на здоров'я людей, і той факт, що найбільше хворих виявлено серед тих, хто проживає на забрудненій території (74,9 %) – яскраве тому свідчення. Наприкінці 2006 року у Центрі радіологічного захисту є на обліку понад 33 тисячі 724 особи дорослих і 6 тис 815 дітей. Серед мешканців усіх декретованих груп щоразу виявляють ознаки погіршення здоров'я. Найбільше страждають діти, батьки яких ліквідатори, евакуйовані та ті, хто піддався негативному впливу радіації.

Відсоток потерпілих дітей перевищує 80 %. Попри те, що від дня аварії минуло немало часу, захворюваність продовжує зростати. На першому місці – недуги органів дихання, які перевищують 15 відсотків, на другому і третьому – хвороби системи кровообігу, органів травлення та кістково-м'язової системи. У дітей переважають хвороби ендокринної системи та органів травлення, дещо менше – крові й паразитарні хвороби. Серед потерпілих мешканців переважають ті ж самі хвороби, що і у не потерпілих. Причиною цього, мовлять фахівці, можна вважати надфонові дози. Адже відомо, що «нешкідливих» доз опромінення немає. Навіть невелика доза опромінення (0,1 мк Зб/год) призводить до значного ушкодження біотканини.

Як бути тим, хто потерпів від «невидимого ворога» чи мешкає на забрудненій території? З цим запитанням звернулася до директора інституту медико-біологічних проблем ТДМУ, голови обласної організації Всеукраїнської екологічної ліги, професора Степана Вадзюка та доктора медичних наук, професора ТДМУ Володимира Кондратюка.

– Нині не так йдеться про забруднену територію країни радіоактивними нуклідами, скільки про те, як вижити в цій ситуації, – каже Степан Вадзюк. – Якщо врахувати наслідки аварії на ЧАЕС і те, скільки нагромаджується радіоактивних речовин в організмі людини, об'єктах довкілля, то, звісно, найперше постає питання, як не допустити подальшого збільшення цих речовин і як вивести їх з організму.

Захист організму від радіоактивних речовин – одна з найактуальніших проблем у післячорнобильський період.

– Радіонукліди, потрапивши в організм людини, викликають мутації генів, – пояснює професор Володимир Кондратюк, – які призводять до появи вроджених вад, а також різноманітних проявів про-



меневої хвороби. Ініціюючи ланцюгову реакцію, вони викликають утворення нових вільних радикалів, які нагромаджуються в міжклітинній рідині. Вважають, що це зумовлює так званий героєфект – передчасне старіння організму. Крім цього, вільні радикали можуть зруйнувати жировий прошарок клітинної мембрани, а потрапивши в клітину, порушити обмін кальцію й викликати зміну кодування генетичної інформації в організмі. Під впливом радіації збільшується частка зл�кисних захворювань, лейкемій, багатьох соматичних захворювань.

Аби запобігти радіоактивному ураженню мешканців у зонах з підвищеним радіаційним фоном, вважають науковці, необхідно зорганізувати профілактичне харчування та водопостачання.

Профілактичне харчування, на їхню думку, має ґрунтуватися на таких засадах: мінімальне надходження радіо-

нуклідів з їжею, мінімальне всмоктування і нагромадження їх в організмі, раціональне харчування.

Щоб цього досягти, контролюють кількість радіонуклідів у харчових продуктах і використовують різні технологічні прийоми, аби знизити цей показник. Також потрібно приймати препарати, які підвищують опірність організму (адаптогени). Це – різні чаї, відвари, настої елеутерокока колючого, женьшеню, лимонника китайського, вітамінно-амінокислотні комплекси, біостимулятори.

Нині створюють харчові продукти, які запобігають всмоктуванню цезію і стронцію в кишках за рахунок різних добавок: деяких амінокислот (метонін, лізин), комплексу вітамінів, білка, солей кальцію, вітамінів групи В; анальгінату натрію харчового (1-5 %), фероцину (0,1-5 %).

Мар'яна МОСЬОНДЗ

ПЕДІАТРИЯ

ДБАЮЧИ ПРО ЗДОРОВЕ МАЙБУТНЄ

– Майє Володимирівно, як оцінюєте минулорічну роботу педіатричної служби краю?

– Якщо оцінювати роботу за трьома основними показниками – дитяча смертність, захворюваність, інвалідність, то можна зробити висновок, що торік педіатрична служба працювала задовільно. Кажучи про демографічну ситуацію на Тернопіллі, то у січні цього року зареєстрували понад 235 тисяч дітей до 17 років, у тому числі майже 185 500 хлопчиків і дівчаток до 14 років. Торік народилося 11 623 немовлят (2005 р. – 11 035), померло 109 дітей до одного року життя (2005 р. – 98). За рейтинговим показником Тернопільщина належить до областей з низькими показниками дитячої смертності.

Найвищий показник дитячої смертності спостерігали в Бучацькому (21,7 %), Борщівському (17,6 %), Тернопільському (13,8%) районах.

– Який рівень загальної захворюваності серед дітей?

– Протягом останніх років утримується на низьких цифрах. Так, минулого року загальна захворюваність в області складає 1603,80 на 1000 дітей (Україна – 1797,9 – 2005 року). В структурі розповсюдженості хвороб, як і торік, займають перше місце хвороби органів ди-

ханья, друге – хвороби ендокринної системи, третє – хвороби органів травлення.

– За даними Центру медичної статистики МОЗ України за десять років рівень загальної інвалідності дітей збільшився на 78 відсотків. Щорічно статус дитини-інваліда отримує майже 16 тис. дітей. Що можна сказати про нашу область?

– На жаль, дитяча інвалідність поширюється і на Тернопіллі. В нас зареєстровано 4400 дітей-інвалідів. Серед причин, внаслідок яких діти стають інвалідами, на першому місці вроджені аномалії розвитку, на другому – хвороби нервової системи, на третьому – розлади психіки.

– Яка є співпраця та обмін досвідом з вченими та лікарями?

– Плідна співпраця з профільними кафедрами Тернопільського державного медичного університету. З участю спеціалістів Київського науково-дослідного інституту підготовлено двох дитячих хірургів обласної дитячої лікарні в провідних клініках столиці для проведення хірургічної корекції природжених вад розвитку у дітей. Покращується матеріальна база лікувального закладу, підвищується кваліфікація спеціалістів.

На базі обласної дитячої лікарні відкритий центр ранньої реабілітації для дітей з органічним ураженням нервової системи та врод-

женими вадами, де діти з народження, за необхідності, можуть отримати курс реабілітації. Цей центр створили з участю спеціалістів Бельгії. Другий такий заклад відкритий на базі Заліщицького дитячого санаторію.

Центр обласної дитячої клінічної лікарні оснащений сучасною апаратурою для проведення діагностики захворювань та лікування.

– Вкладаючи нині інвестиції в охорону здоров'я наших дітей – виховуємо здорове майбутнє?

– Саме так. В області активно впроваджують у практику родопомічні та педіатричні заклади нових організаційних технологій, надання адекватної медичної допомоги, поліпшення матеріально-технічної бази стаціонарів. Постійно дбаємо про підвищення професійної післядипломної підготовки медичних працівників.

На базі обласної дитячої клінічної лікарні функціонує відділення інтенсивної терапії новонароджених з виїзною неонатологічною бригадою. Забезпечена етапність надання медичної допомоги новонародженим.

При відділенні анестезіології з палатами інтенсивної терапії працює виїзна педіатрична консультативна бригада, яка цілодобово надає медичну допомогу дітям області. Функціонування цих двох відділень дає змогу

Педіатрія – галузь клінічної медицини, яка вивчає причини виникнення, механізм розвитку, особливості клінічних проявів, лікування та профілактику захворювань з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей організму дитини.

Про стан і розвиток сучасної педіатричної галузі в області розповідає головний спеціаліст, педіатр обласного управління охорони здоров'я ОДА Майя ГОЛЯК.

своєчасно надавати невідкладну допомогу хлопчикам і дівчаткам, зокрема, тим, які проживають у селі. Торік обласна дитяча лікарня отримала ще один реанімобіль для надання невідкладної допомоги дітям.

Аби поліпшити матеріально-технічну базу лікувально-профілактичних закладів для дітей, протягом двох останніх років закупили сучасні ультразвукові апарати, фетальні монітори, апарати штучного дихання. Впровадили спільне перебування матері та дитини в усіх родопомічних закладах, а також у відділеннях патології новонароджених обласної дитячої клінічної лікарні. Відкриті сімейні родильні зали у вісьмох лікувально-профілактичних закладах (Бережани, Гусятин, Заліщики, Збараж, Ланівці, Монастириськ, Підгайці, м. Тернопіль).

Наталія БЕСЯДА

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

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

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

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

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

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

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

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

КОЛИ НАВЧАННЯ ДО ДУШІ

Нещодавно у нашому ВНЗ побувала поважна делегація із Саудівської Аравії в складі представників парламенту. Гості зустрілися з керівництвом нашого університету, цікавилися умовами навчання, праці й відпочинку студентів. Відбулася також зустріч з групою студентів з Саудівської Аравії. Про неї мені повідав Аль Джехани Найф, який навчається на II курсі медичного факультету.

— Мені було дуже приємно розповісти про свою альма-матер, про професорсько-викладацький склад. Університет має прекрасну матеріально-технічну базу, що дає можливість на найвищому рівні організувати навчальний, науковий та лікувальний процес, забезпечити належні умови для роботи викладачів та повноцінне навчання й відпочинку студентів.

— Ідучи до Тернополя, вже щось знали про нашу країну, про місто, в якому будете навчатися?

— Звичайно, я цікавився Україною, її минулим і сучасним. Мені подобаються ваші міста з багатотисячолітньою історією, люди, їх відкритість, привітність. Можливо, враження від прочитаного та побаченого збіглися не в усьому, але вони однозначно позитивні. Мені подобається тут навчатися і я вважаю, що зробив правильний вибір. А мої батьки пишаються тим, що їхній син навчається в університеті, який має міжнародне визнання.

— В якому місті ви народилися?

— Я народився у великому й дуже

гарному місті на узбережжі Червоного моря. Його назва — Жадда. Там живуть мої батьки, старша сестра і двоє братів. Молодший брат теж хоче стати лікарем. Я багато розповідав йому про свій університет і Ясир збирається вступати саме сюди. Батьки підтримують таке рішення.

— Ваші батьки теж медики?

— Ні. Тато — військовий генерал. Мама займається домом, сім'єю. А загалом мої батьки найкращі у світі і я за ними дуже сумую. Хоча зараз уже звик до студентського життя і до того, що навчаюся далеко від дому. В університет вступив одразу після школи. Найважче було перший рік. Чужа країна, мова. Ні української, ні російської тоді зовсім не знав. Вивчив вже тут, у Тернополі.

— Важко давалася наука?

— Були деякі проблеми, але я — людина наполеглива. І хоч потрібно було починати з нуля, проте вправився, як бачите. Кожен день в університеті додає знань, відкриває якісь нові можливості. Після першого року навчання я вже цілком освоївся з новими для себе умовами. Звик. Вчуся добре. І загалом задоволений студентським життям. Мені подобається моя майбутня професія, подобається лікувати людей. Відчуваю, що це — моє покликання. Після II курсу проходив лікарську практику в міській лікарні в своєму рідному місті. Бачачи чужі страждання, вкотре казав собі, що зроблю все можливе, аби стати добрим фахівцем і допомагати хворим.

— Отже, після отримання диплома бачите себе...

— ...Терапевтом.
— Навчання навчанням, але ж має студент право і на відпочинок. Ваші захоплення?

— Я прихильник здорового способу життя, тож дружу зі спортом. Займаюся карате. А ще люблю гуляти зі своїм чотирилапим другом — американським стеффером Джексі. Місяць тому придбав його у своїх знайомих. Песик був зовсім крихітним, а тепер підріс, зміцнів. Він дуже розумний та відданий. Мені подобається його годувати, доглядати за ним. Я люблю тварин, але тільки тепер, з появою Джексі, переконався як це добре — мати собаку.

— А що ще вам подобається?

— Страви української кухні. Особливо борщ. А ще я навчився готувати плов.

— Що імponує в українській молоді?

— Прагнення досягти чогось у житті. Більшість з тих, кого знаю, наполегливо навчаються, щоб отримати якісну освіту і відтак знайти перспективну, цікаву роботу. Зрештою, це саме можна сказати й про багатьох молодих людей у моїй країні.

Кажуть, чим вище ставиш перед собою планку, тим вище стрибаєш. «Планка» у мого співрозмовника висока, але, впевнена, що своєї мети Аль Джехани Найф досягне. Кажуть, він природжений терапевт.

Надія ГОРОШКО

МРІЯВ СТАТИ ЛІКАРЕМ І ОТРИМАВ ТАКУ МОЖЛИВІСТЬ

Батьківщина 22-річного Абубакбра Мухаммеда — Судан. Він любить свою країну, але останніми роками інформацію про події, які там відбуваються, отримує лише зі ЗМІ, «Інтернету», листів рідних. Нині він далеко від дому. Абубакр Мухаммед — студент 6 курсу ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського. Навчається на медичному факультеті. Мріє стати гастроентерологом.

— Як почуваетесь в нашій країні? — з цього запитання розпочалася наша розмова.

— Україна — дуже гарна, мальовнича. У вас багато велелюдних, цікавих за архітектурою, старовинних міст, але Тернопіль моєму серцю, звісно, найближчий. За ці шість років я з ним, так би мовити, зріднився. Мені подобаються його чисті й охайні вулиці, парки, і звичайно, головна принада міста — озеро. А ще мені імponує те, що в місті багато вищих навчальних закладів, з яких найкращим вважаю університет, в якому навчаюся. Для студентів ТДМУ створені прекрасні умови. Дуже задоволений, що обрав саме цей ВНЗ.

— Що саме подобається найбільше?

— Сама система навчання. Потужний професорсько-викладацький склад забезпечує високий рівень фахової підготовки. Навчальний процес чудово організований. Окремо хотів би сказати про практичні заняття. Дуже добре, що студент-медик має можливість працювати в контакт з хворим від початку перебування пацієнта на лікарняному ліжку і послідовно пройти всі етапи: від огляду та діагностики хворого і до його виписки з лікувального закладу. Така система дає велику віддачу.

— Ви вільно спілкуєтеся українською, російською. Мови опанували вже в Україні?

— Так. Коли приїхав до Тернополя на навчання, ні російської, ні української не знав. Під час лекцій проблем не виникало, бо в нашій групі викладання ведуть англійською мовою. Але, звісно ж, для спілкування англійської було недостатньо, з'явилося природне бажання вивчати мову держави і людей, серед яких живу. Тим більше, що цьому сприяло мовне середовище. Безпосереднє спілкування допома-

гає краще за будь-який підручник. Багато важила підтримка однокурсників і, звичайно, земляків, які навчаються в нашому ВНЗ. Загалом студентів із Судана в ТДМУ майже 30 осіб. В одній групі зі мною навчається мій двоюрідний брат. Проживаємо теж разом — в одній кімнаті університетського гуртожитку. Хотів би відзначити гарні побутові умови. Крім того, є хороша спортивна зала, «Інтернет» теж до наших послуг.

— Як відпочиваєте? Чим захоплюєтеся у вільну хвилину?

— Люблю спорт, зокрема, теніс і плавання. А ще — дивитися історичні фільми.

— Розкажіть про свою сім'ю.

— Мої батьки мешкають у столиці Судану — Хартумі. Батько займається бізнесом, мати — вчителька. Вдома мене чекають ще двоє братів. Старший працює інженером на будівництві, молодший тільки готується здобувати вищу освіту.

— Давно не бачили рідних?

— Два роки. Але зустрічі недовго вже чекати. Склавши останні іспити й отримавши диплом, повернуся додому.

— Яким бачите своє майбутнє?

— Звісно ж, своє майбутнє пов'язую з медициною. Попереду складання ще одного іспиту в себе на батьківщині, потім — інтернатура. Змалечку мріяв стати лікарем, щоб допомагати людям. Лікарів у Судані не вистачає і я зможу бути корисним своїй країні. Роки навчання, безперечно, запам'ятаються на все життя. Крім фахових знань, які отримав в університеті, мав можливість опанувати нову для себе мову, познайомитися з українською культурою, традиціями, з багатьма людьми. Загалом тернополяни є приязними й гостинними, у мене тут з'явилося чимало друзів. Хоча й прикрі випадки теж траплялися. Та хочу сказати про інше. За ці шість років навчання в університеті отримав ґрунтовні фахові знання та навички, тож про ТДМУ у мене залишаться найкращі спогади. Як і про ваше місто загалом. Але завжди треба повертатися додому, щоб усе здобуте використати для блага власної держави.

— Хай вам щастить!

Оксана БУСЬКА



Ольга ЯСІНСЬКА та Оксана ЧАЙКОВСЬКА, студентки п'ятого курсу фармацевтичного факультету



Христина ЛЕГКУН, другокурсниця медфакультету

ОБ'ЄКТИВ

ОГОЛОШЕННЯ

ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО ОГОЛОШУЄ КОНКУРС ІЗ ВСТУПУ:

в аспірантуру з відривом від виробництва за спеціальностями:

- педіатрія — 1 місце;
- патологічна фізіологія — 2 місця.

в аспірантуру без відриву від виробництва за спеціальностями:

- хірургія — 1 місце;
- фтизіатрія — 1 місце;
- нормальна анатомія — 1 місце;
- патологічна фізіологія — 2 місця;
- фармакологія — 1 місце.

Термін подання документів з 1 червня по 31 серпня 2007 року.

Особи, що вступають до аспірантури, на ім'я ректора університету подають:

1. Заяву;
2. Особовий листок з обліку кадрів;
3. Список опублікованих наукових праць і винаходів. Аспіранти, які не ма-

ють опублікованих наукових праць і винаходів, подають наукові доповіді (реферати) з обраної наукової спеціальності;

4. Медичну довідку про стан здоров'я за формою № 086-у;

5. Копію диплома про закінчення вищого навчального закладу із зазначенням одержаної кваліфікації спеціаліста або магістра (особи, які здобули відповідну освіту за кордоном, - копію нострифікованого диплома);

6. Посвідчення про складання кандидатських іспитів (за наявності складених кандидатських іспитів).

у клінічну ординатуру за спеціальностями:

- терапія — 1 місце;
- хірургія — 1 місце;
- загальна практика — сімейна медицина — 1 місце;
- педіатрія — 3 місця;
- психіатрія — 1 місце;
- фтизіатрія — 1 місце;
- неврологія — 1 місце.

Термін подання документів з 25 травня по 25 червня 2007 року.

Лікарі, які бажають вступити до клінічної

ординатури, подають на ім'я ректора університету заяву, до якої додають:

а) особисто заповнений листок з обліку кадрів;

б) копію диплома про вищу медичну освіту і присвоєння кваліфікації спеціаліста «лікар»;

в) копію сертифіката про присвоєння кваліфікації «лікаря-спеціаліста» з певної лікарської спеціальності;

г) витяг із трудової книжки;

д) список опублікованих наукових праць та винаходів і раціоналізаторських пропозицій (за наявності);

е) виписку із протоколу засідання вченої ради вищого закладу освіти чи закладу післядипломної освіти з рекомендацією лікарю-інтерну на навчання в клінічній ординатурі (для осіб, які вступають до клінічної ординатури без необхідного стажу роботи лікаря за спеціальністю).

у магістратуру за спеціальностями:

- офтальмологія — 3 місця;
- внутрішні хвороби — 1 місце;
- неврологія — 1 місце;
- психіатрія — 3 місця;

- анестезіологія та інтенсивна терапія — 1 місце;

- педіатрія — 1 місце;

- акушерство та гінекологія — 1 місце.

Термін подання документів з 1 по 31 серпня 2007 року.

Особи, що вступають до магістратури, на ім'я ректора університету подають:

- заяву;

- особисто заповнений листок обліку кадрів;

- копію диплома про повну вищу медичну освіту;

- виписку з трудової книжки з записом про прийом на роботу в базовий заклад (установу) охорони здоров'я на посаду лікаря-інтерна;

- рекомендацію вченої ради вищого закладу освіти до навчання в магістратурі;

- список опублікованих наукових праць і винаходів (при наявності).

Адреса університету:

м. Тернопіль,
майдан Волі, 1,
тел. 52-45-54.

«МУТАНТ» У КРАМНИЦІ

Як виявити трансген?

Основні генетично модифіковані речовини, які додають у наші продукти — це кукурудза та соя. Першим трансгеном збагачують загалом кондитерські (до прикладу шоколадні батончики) і хлібо-булочні вироби, солодкі газовані напої. Видозмінена соя входить до складу ковбасних виробів (переводсім — варених ковбас), рафінованої олії, жирів для випічки, соусів для салатів, майонезів, кондитерських виробів, кормів для тварин і навіть дитячого харчування. Із сої також отримують емульгатори, наповнювачі, згущувачі і стабілізатори для продуктів, які зберігаються в герметичному упакованні, консервів, пельменів, йогуртів... Тому, якщо бажаєте, аби у вашому раціоні було менше трансгенів, доведеться відмовитися від цих продуктів.

Чим загрожують генетично-модифіковані продукти?

Під час наукових досліджень було з'ясовано, що у пацюків, яких годували трансгеном картоплею, почав знижуватися імунітет, — розповідає директор інституту медико-біологічних проблем ТДМУ, професор, голова обласної організації Всеукраїнської екологічної ліги Степан Вадзюк. — У них також виявили патології печінки, селезінки, травного тракту. Також мені відомо, що вживання трансгенного продукту, який отримали шляхом пересадки гену бразильського горіха в ДНК сої, викликало у багатьох людей алергічні реакції на чужорідний білок. Не може не насторожувати те, що генетично змінені продукти при тривалому споживанні викликають ожиріння, безпліддя і стійкість організму до лікування антибіотиками. Останні нанівець зводять стійкість організму до багатьох інфекцій. Наукові повідомлення свідчать й про токсичність трансгенів, що призводить до хронічної інтоксикації, пригнічення імунітету.

Основними виробниками продукції, що містить генетично-модифіковані компоненти, є США, Канада, Китай. І в Європі, як не дивно, Франція, Іспанія, Велика Британія, Бельгія також випускають таку продукцію. Генетично модифіковані інгредієнти використовують такі відомі бренди, як Coca-Cola, Pepsi-cola, Nestle, Mars, Uncle Bens.

Чи можна якимось чином вберегтися від продуктів-трансгенів?

Уберегтися від потрапляння на ринки України генетично модифікованої продукції складно, адже компанії-виробники отримують надто великі прибутки від її реалізації — продовжує Степан Несторович. — А тому усілякими засобами перешкоджають проведенню наукових досліджень щодо небезпеки генетично модифікованих організмів. Щоправда, нині 130 країн уже відмовилися від виробництва та експорту генетично-модифікованих продуктів харчування. Скажімо, у США, нинішнього року Міністерство сільського господарства заборонило фермерам вирощувати генетично модифіковані рослини. Торік Росія наклала вето на введення генетично модифікованого рису.

Щодо України, то ситуація з генетично модифікованими організмами в нашій державі й досі не вирішена на законодавчому рівні. Є кілька урядових постанов, але їхній зміст досить розпливчастий.

Перше, що потрібно, на мій погляд, зробити, — запровадити контроль за наявністю ГМО (генетично модифіковані організми) у складі продукції рослинного й тваринного походження, що виробляють і ввозять на територію України. На етикетках, що містять інформацію про її виробника, має також бути відповідне маркування про наявність ГМО, якісний склад. Та-

кож потрібно створити й лабораторії, де б можна було перевірити продукцію та продовольчу сировину на наявність у ній ГМО. До слова, у сусідній Білорусі таких лабораторій — п'ять, створюють ще дві.

Всеукраїнська екологічна ліга, яку представляю на Тернопільщині, звернулася до Кабінету Міністрів України з пропозицією щодо створення законодавчої бази для врегулювання цих питань. Сподіваємося, що буде прийняте позитивне рішення, а відтак — урядова постанова. Також ліга має на меті ініціювати проведення парламентських слухань на тему «Довкілля та здоров'я». Ясна річ, держава й науковці повинні працювати тут у єдиному руслі, аби досягнути результату.

Щодо пересічних споживачів, то передусім вони мають бути добре поінформовані, зважити усі «за» і «проти», а відтак вирішувати, який продукт вибрати.

Де містяться трансгени?

У ковбасно-м'ясних, кондитерських і хлібобулочних виробках, солодкій газованій воді, соусах для салатів, майонеза, кетчупа, рафінованої олії, жирах для випікання, локшині, дитячому харчуванні, консервах, напівфабрикатах.

Як врятуватися?

Доки вчені вирішують, можна споживати трансгени чи ні, варто подбати про себе самому — допомогти організму виводити шкідливі речовини.

Правило 1.

Обробляйте продукти. Найпростіший шлях — первинна обробка овочів. При цьому клітковина рослини краще всмоктує й виводить токсини. Не їжте продукти в сирому вигляді.

Правило 2.

Більше вживайте рідини. Дітям до 10 % від маси тіла, молодим людям — до 5 % від маси тіла.

Продукти-трансгени... Нині вони заповнили собою прилавки крамниць країни. Як свідчать дані Держспоживстандарту України, майже 50 відсотків харчових продуктів містять генетично-модифіковані інгредієнти, а норма їх вмісту перевищує європейську (0,9 %) у п'ять разів.

На жаль, пересічний споживач перевірити, чи є у його кошику трансгени не може. В Україні для цього немає відповідно оснащених лабораторій. Та й правової бази, яка б зобов'язувала виробників вказувати, що їх продукція трансгенна, також немає.

Після 40 років — до 40 % від загальної маси тіла. Така система детоксикації буде виводити шкідливі речовини.

Правило 3.

Не їжте продукти, які викликають у вас здуття кишківника. Це означає, що цей продукт для вас не годиться. При цьому утворюються шкідливі речовини — глютен, які можуть «запустити» нові недуги.

Правило 4.

Харчуйтеся 4-5 разів на день. Так організм буде краще очищуватися через кишківник. Кожен прийом їжі — це чистка організму.

Правило 5.

Один раз на тиждень робіть розвантажувальний день. Цього дня їжте тільки овочі й фрукти. Але намагайтеся уникати генетичних «мутантів».

Правило 6.

Більше рухайтесь впродовж усього дня. Тоді кров буде активніше проникати в усі клітини організму й забирати на себе «сміття».

Правило 7.

Пийте морси із журавлини. Вони активізують виведення з печінки токсинів.

Що таке ГМО?

Генетично модифіковані організми (ГМО) — організми, до гену яких за допомогою методів генної інженерії вмонтовано функціонуючі сторонні гени або ділянки ДНК.

ГМО має нову, невластиву йому комбінацію генетичного матеріалу. Основна мета досліджень у цьому напрямі — переміщення разом з генами бажаних ознак, які надають ГМО нових властивостей.

Генна інженерія кардинально відрізняється від селекції тим, що її методи дають можливість долати бар'єри між видами, чого не відбувається в природі.

Немає гарантій, що продукти іноземного виробництва, які є на українському ринку, не містять в собі генетично модифікованих складників.

Уперше ГМО було отримано 1980 року, що дало поштовх до створення на їх базі різних організмів — тварин, рослин, дріжджів.

Значного поширення набули генетично модифіковані організми у біотехнологічній промисловості для виробництва лікарських препаратів та інших речовин. Хоч перші ГМО були створені на основі тварин, найпоширенішими є трансгенні рослини. Серед них — картопля, кукурудза, соя, ріпак, бавовна. Скажімо, у США генетично модифікована кукурудза займає 40 % площі, соя — 81, ріпак — 65, бавовник — 73 % загальної площі посіву. Генетично модифікована соя домінує в Бразилії (80 %), Аргентині (90 %).

В Україні роботи з отримання генетично модифікованих рослин почалися ще в 70-х рр. XX ст., але не набули розвитку у зв'язку зі значним зростанням цін на прилади та реактиви, що потрібні для створення генетичних конструкцій для перенесення чужорідних генів реципієнтам. Наукові дослідження в цьому напрямі продовжують в установах НАН України, зокрема, створено рослини — продуценти лікарських білків і стійкі до гербіцидів.

Мар'яна МОСЬОНДЗ

АКТУАЛЬНО

34 МІЛЬЙОНИ ГРИВЕНЬ — НА СІЛЬСКУ МЕДИЦИНУ

Цього року вперше за часів незалежності України сільські та селищні ради для фінансування дільничних лікарень, ФАПів, амбулаторій отримали 3,4 мільйона гривень з державної скарбниці. Покращилася матеріально-технічна база лікувальних закладів. До кінця 2007 року планують завершити будівництво Тернопільської центральної районної лікарні. Про це йшла мова на спільній нараді Тернопільської районної ради та райдержадміністрації за участю медичних працівників, сільських та селищних голів.

Майже у півтора рази порівняно з 2006 роком збільшилося цьогорічне фінансування сільської медицини Тернопільського району.

— У жодному районі нашої області, крім Тернопільського, не порушувалося питання завершення будівництва центральної лікарні, — наголосив головний лікар Тернопільського району Ігор Вардинець. — Медицина має суттєву допомогу від районної влади та органів місцевого самоврядування.

За словами головного лікаря, з місцевого бюджету виділено 100 ти-

сяч гривень для придбання автомобіля «швидкої» допомоги. Керівництво центральної районної лікарні має намір узяти кредит, щоб купити кілька таких транспортних засобів. У найбільшій перспективі — відкриття педіатричної бригади та відділення швидкої допомоги у напрямку Настасова та Мишкович. Тернопільський район — єдиний в області, який має п'ять бригад лікарської допомоги. Але для поліпшення надання невідкладної медичної допомоги, переконаний головний лікар, потрібно ще дві — загальну та педіатричну.

Важливим напрямком діяльності охорони здоров'я району є подальший перехід до надання медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Як зазначив заступник головного лікаря Тернопільської райлікарні Ігор Войтович, вже розроблено Програму реформування первинної медико-санітарної допомоги та поступового переходу на засади сімейної медицини (до 2011 року). Незважаючи на те, що сільська медицина Тернопільського району цього року отримала більше коштів, станом на 15 березня медикам 14

сіл району заборгували заробітну платню, а у 18 ФАПів не профінансоване медикаментозне забезпечення, констатував Ігор Войтович. Є проблема і у фінансуванні відрядження для медпрацівників, які виїжджають на виклик онкохворих. Щодня вони їдуть, аби отримати наркотичні препарати для онкохворих і платять за проїзд власні гроші. Цією проблемою переймалася на нараді і завідуюча ФАПом Івачева-Долішнього Марія Лотоцька. Своїми міркуваннями про поліпшення умов праці та медикаментозного забезпечення ділився заступник головного лікаря з лікувальної роботи, головний лікар Великобірківської лікарні Віталій Сахан. Про роботу Ступківської лабораторії лікаря загальної практики-сімейної медицини розповідала головний лікар Лілія Бойко. Підсумком наради стало звернення голови Тернопільської районної організації Товариства Червоного Хреста Ольги Нижник до медиків і сільських голів зробити добровільні внески для допомоги знедоленим людям.

Марія БЕЗКОРОВАЙНА

ОБ'ЄКТИВ



Алла ВИШНЕВСЬКА та Мар'яна ПЕТРОВСЬКА, першокурсниці медфакультету



Інна ЯНЧУК та Вадим ВАСІЛЬЄВ, шестикурсники медфакультету

НОВІ ТЕНДЕНЦІЇ В КАРДІОЛОГІЇ

Лікування есенціальної артеріальної гіпертензії (АГ) має базуватися не тільки на рівні артеріального тиску (АТ), але обов'язково і на оцінці загального ризику у хворого. При високому ризику необхідно знижувати АТ до 140/90 і нижче до 130/80 мм.рт. ст. Переглянуто питання про доцільність починати медикаментозну терапію АГ з діуретиків і бета-блокаторів (ББ), як це рекомендують у США та Канаді. Ці дві групи ліків мають виражений діабетичний ефект і сприяють виникненню цукрового діабету. Хворим на АГ у поєднанні з ожирінням і порушенням толерантності до глюкози (метаболический синдром) терапію слід починати з УАПФ, блокаторів рецепторів до А₁₁ (сартанів) і антагоністів кальцію пролонгованої дії (амлодіпін). Діуретики додають при відповідних клінічних показках. Щодо ББ, то їх призначають при поєднанні АГ з ІХС, хронічною серцевою недостатністю (ХСН), аритміями. Хворим на АГ з порушенням ліпідного обміну (холестерин крові > 5,2 ммоль/л) до складу комплексної терапії включають статини (гіполіпідемічні засоби). Це, як правило, переважно хворі похилого віку.

Серед статинів в Європі на перше місце вийшов аторвастатин, про що свідчить рандомізоване дослідження ASCOT-a2A (10305 хворих на АГ). При комплексній терапії аторвастатином, периндоприлом (4-8 мг/добу) і амлодіпін (5-10 мг/добу) смертельні васкулярні ускладнення та нефатальний інфаркт міокарда були на 36 відсотків менше, ніж у контрольній групі з плацебо. Водночас зі зниженням концентрації в крові атерогенних ліпопротеїдів статини позитивно впливають на судинну стінку, знижуючи в ній вміст сполучної тканини. В Україні їх застосовують зрідка при ІХС і церебро-васкулярній патології.

До багатфакторного підходу для лікування АГ входять:

- нормалізація АТ зі зниженням до 140/90 мм рт.ст і нижче,
- нормалізація ліпідного спектра крові,
- нормалізація глікемічного профілю,
- модифікація способу життя з нормалізацією маси тіла (індекс кетле= 20-25 од).

Щодо програми лікування аритмій, то в клінічну практику рекомендують вести клінічне визначення «рецидивуюча форма фібриляції і тріпотіння передсердь», яка може бути як персистуючою, так і пароксизмальною. Персистуюча форма включає в себе фібриляцію передсердь тривалістю понад один

рік. Якщо колись для зменшення частоти скорочень шлуночків при миготливій тахісистоїї застосовували переважно діоксин, то згідно з новими положеннями його необхідно комбінувати або з ББ, або з верапамілом, або ділтіаземом. У зв'язку з ризиком непередбачених ускладнень в амбулаторних умовах не слід призначати новокаїнамід, який досить популярний в Україні. На конгресі стверджували, що при фібриляції передсердь збільшується ризик кардіоваскулярної смертності, інсультів і кровотеч. Застосування у цих хворих антикоагуляційної терапії (аспірин, клонідогрель) знижує ризик смерті та тромбоемболії.

З нових препаратів для лікування фібриляції передсердь застосовують дронедазон, який в дозі 400 мг/добу утримує синусовий ритм протягом року після купування фібриляції передсердь. В Україні наразі дронедазон не зареєстрований. Розширені покази для проведення радіоабляції при рецидивуючих аритміях, особливо фатальних шлуночкових.

Суттєво змінилося ставлення кардіологів до застосування ББ при ХСН. Згідно з новими рекомендаціями фармакотерапію у хворих на ХСН у більшості випадків на ранній стадії слід починати з ББ, а не з УАПФ, як це рекомендували колись. Це положення знайшло підтвердження в аргументованому дослідженні SIBIS-III із застосуванням бісопрололу. В перші роки при лікуванні згаданим препаратом знижувався відсоток раптової аритмічної смерті порівняно з УАПФ еналоприлом.

Європейське товариство кардіологів (2005 р.) для лікування ХСН після стабілізації процесу та ліквідації набрякового синдрому рекомендує тільки 4 бета-блокатори: карведілол, бісопролол, небілол (небілет), метопролол сукцинат за відповідною методикою з титруванням дози. Через гетерогенність інші ББ при серцевій недостатності не призначати.

Італійські дослідники отримали нові дані щодо ефективності метаболічного препарату триметазидину при систолічній дисфункції лівого шлуночка у хворих на ІХС похилого віку. В складі комплексної терапії протягом шести місяців триметазидин підвищував фракцію викиду. В кінцевому результаті покращувалася якість життя та знижувався ризик кардіоваскулярних ускладнень. Завдяки антиоксидантній дії препарату поліпшується ендотеліальна функція судин.

Перспективним напрямком у

Торішнього вересня в Барселоні (Іспанія) на всесвітньому конгресі кардіологів обговорювали нові підходи до застосування деяких груп ліків у кардіологічній практиці. Протягом останніх двох років такі ж питання з відповідними рекомендаціями були висвітлені на засіданнях Європейського товариства кардіологів, Американської асоціації кардіологів. Які ж основні положення нових тенденцій?

лікуванні ХСН стала розробка нового класу ліків, які селективно знижують частоту серцевих скорочень за рахунок пригнічення І₁-току каналів пейсмейкерних клітин. Позитивні результати представника цього класу івабрадину отримані у хворих зі стабільною стенокардією. Івабрадин став альтернативою ББ, коли останні протипоказані хворим або при їх непереносимості. Висунута гіпотеза, що при застосуванні івабрадину замість ББ або в їх комбінації, збільшується вірогідність зниження кардіоваскулярної смертності та потреби в повторних шпиталізаціях хворих з ХСН.

Серед оперативних втручань з ревазуляризації міокарда при гострому коронарному синдромі та інфаркті міокарда перше місце посідає стентування вінцевих судин серця, особливо з використанням елютинг-стентів, покритих полімерною матрицею з цитостатиками. В світі вже встановлено 6 млн. елютинг-стентів. Наразі зашвидко твердити про перевагу стентування над аортокоронарним шунтуванням за віддаленими результатами (смертність, тривалість життя тощо). Згадані оперативні втручання є паліативними, не розв'язують проблеми ІХС.

Кардіоекспертами було зроблено висновки, що застосування елютинг-стентів збільшує ризик пізніх тромбозів-стентів і вінцевих судин.

До того ж більшість стентування (60-75%) виконують без відповідних показань. Необґрунтовано проводилося стентування складних стенозів, імплантація стентів у дрібні судини серця тощо. В Україні подібний аналіз щодо результатів стентування не проводили. Вищезгадану проблему група європейських і американських експертів обговорювала на рівні конгресу США. Експертна комісія підкреслила ефективність елютинг-стентування при гострому коронарному синдромі та ризик пізніх тромбозів. Розроблені жорсткі показання для його застосування. Стенти не показані при просвіті вінцевої судини менше 2,5 мм, множинних стенозах, цукровому діабеті.

**Борис РУДИК,
професор ТДМУ**

ном срібла. А згодом його син став використовувати срібло як антибактеріальний засіб у гнійній хірургії.

Страждаєте від гіпертонії? Тоді прикрашайтеся сріблом! Метал допоможе при остеохондрозі, а разом з міддю його цілющі властивості посилюються. Та все добре в міру. Якщо від срібних сережок у вас гнояться вуха, то срібло — не ваш метал.

ФОТОФАКТ



У новому фельдшерсько-акушерському пункті мешканців Гаїв-Шевченківських обслуговує досвідчений фельдшер **Наталія ПРОЦНИК**. Пані Наталія закінчила Кременецьке медучилище і працює фельдшером уже 23 роки, 12 з них — у Гаях-Шевченківських. Мешканці села схвально відгукуються про роботу Наталії Павлівни, кажуть, що вона досвідчений медик та чуйна, турботлива людина, яка допомагає не тільки лікарськими засобами, а й ширшою розмовою, доброю порадою.

Лілія БАСК

НАРАДА

ЛІКАРІ МОВИЛИ ПРО ВЕСНЯНИЙ ПРИЗОВ ЮНАКІВ

В обласній комунальній клінічній лікарні відбувся семінар-нарада з медичного забезпечення проведення весняного призову на чинну військову службу 2007 року.

У семінарі взяли участь лікарі міських і районних призовних комісій, районні та міські терапевти, педіатри, ортопеди, хірурги, окулісти, а також заступник начальника управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації Михайло Буртяк, начальник відділу медичного обслуговування УОЗ ОДА Любош Патра.

Про роботу територіальної обласної медичної комісії розповів голова обласної медичної комісії, начальник медичного відділення обласного військкомату Василь Семенишин. Він повідомив, що під час торішнього осіннього призову обласна медична комісія доправила на додаткове дообстеження 232 призовника. Розповів про випадки неякісного обстеження призовників у лікувальних закладах районів та області.

Віталій Семенишин також повідомив, що протягом останніх трьох років Тернопільщина серед 12 Західних областей має найнижчий показник придатності на тлі високої загальної захворюваності призовників. Голова обласної медичної комісії ознаявив присутніх із змінами в положенні про військову лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних силах України.

Про результати осіннього призову 2006 року в районах доповіла заступник голови обласної медичної комісії, лікар-терапевт обласної поліклініки М. Рудик. Вона зазначила, що за результатами осіннього призову показник придатності до військової служби у краї в середньому склав 75,1%, що на 0,2% нижче відповідного періоду 2005 року.

За останні три роки стабільно низький показник придатності в Тербов-

лянському РВК (57%), Збаразько-Лановецькому ОРВК (63,5%), Гусятинському РВК (64,1%). Знизилася за останні призови придатність в Тернопільському (66,5%), Чортківському (66,6%) РВК. Це свідчить про незадовільну організацію та проведення приписної роботи й низький рівень лікувально-оздоровчої роботи серед юнаків.

Під час торішнього осіннього призову обласна медична комісія провела огляд майже 1290 призовників, яких районна і міська медична комісія визнала придатними до військової служби. Ці рішення були підтверджені лише у 80% призовників.

М.Рудик вказала на основні причини недоліків у роботі лікарів-спеціалістів, а також дала рекомендації щодо поліпшення лікувально-діагностичної роботи з призовниками.

Про хід обстеження призовників 1990 року народження під час приписки 2007 року доповідала головний позаштатний спеціаліст, підлітковий терапевт УОЗ ОДА О.Начас. Вона звернула увагу присутніх на недостатню кількість у краї штатних посад підліткових терапевтів (зарєєстровано 25,25 лікарських посад, нормативи передбачають 33 лікарські посади спеціалістів), надмірну навантаженість. Лікар мовила про незадовільний стан лікувально-оздоровчої роботи серед підлітків в деяких районах, ілюструючи свій виступ прикладами, про помилки, які були допущені у скеруваннях, діагнозах тощо. Дала й конкретні пропозиції щодо поліпшення роботи військових комісаріатів області.

В обговоренні теми взяли участь головний позаштатний спеціаліст УОЗ ОДА — травматолог О.Ружицький, кардіолог В.Павлов, урологи О.Стоян, Б.Ониськів, гастроентерологи А.Кабаківа, В.Куліш.

(Прес-центр обласного комунального центру здоров'я)

ОБ'ЄКТИВ



Ірина БРИЛІНСЬКА, студентка п'ятого курсу фармацевтету

ЗОЛОТО – ДЛЯ СЕРЦЯ І СУДИН

Золото підвищує загальний тонус організму. Цей благородний метал дуже корисний сердечникам. Якщо у вас гіпотонія, воно якраз те, що вам треба. У давнину вважали, що золотий перстень на безімennomу пальці усуває інтимні проблеми.

Гіпертонікам же варто відпочивати від золота. Не підійде цей метал також дітям з їхньою невгамовною енергією.

СРІБЛО – КУЛЬТОВИЙ АНТИСЕПТИК

Наприкінці XIX століття німецький лікар-гінеколог К.Креде грибокві захворювання лікував... слабким розчи-

НА ЧОЛІ НАШОГО ВНЗ

Петро Омелянович ОГІЙ

П.О. Огій народився 16 серпня 1917 року в с. Боровівка Верхньодніпровського району Дніпропетровської області в сім'ї робітника-залізничника. Після закінчення сільської семирічки влаштувався робітником на Дніпродзержинський завод металургійного устаткування. У 1937 році вступив на робфак Дніпропетровського медичного інституту, а наступного року був зарахований на I курс. У зв'язку з війною та евакуацією, завершив навчання в м. Ставрополі, де в 1942 році одержав диплом лікаря. Був мобілізований до лав Радянської Армії і до 1946 року служив на різних посадах — від молодшого лікаря полку до начальника санітарної служби округу. Після демобілізації з 1946 по 1951 рік працював завідувачем райздороввідділу, районним хірургом і викладачем медичного училища в м. Ківерцях Волинської області. Нагороджений почесним значком «Відмінник охорони здоров'я». У 1951-1957

роках Петро Омелянович — клінічний ординатор, а потім асистент кафедри хірургії Київського інституту вдосконалення лікарів і помічник міністра охо-



рони здоров'я УРСР. У 1955 році захистив кандидатську дисертацію на тему «Вуглеводна, білково та знезаражувальна функція печінки у хворих на тиреотоксикоз».

У 1957 році П.О. Огій отримав призначення на посаду дирек-

тора новоствореного Тернопільського медичного інституту, який почав функціонувати з вересня того ж року. Студенти перших трьох курсів навчалися на 19 кафедрах у двох корпусах. Викладацький колектив на початку першого навчального року складався з 61 особи, серед яких були 1 доктор і 17 кандидатів наук. Організація інституту завершилася у 1961 році, коли відбувся перший випуск лікарів. За організацію вузу Петра Омеляновича нагородили орденом Трудового Червоного прапора.

Протягом наступних років інститут під керівництвом проф. П.О. Огія успішно розвивався. У 1967 році вже функціонувала 31 кафедра, де працювало близько 200 викладачів, у тому числі 15 докторів і 98 кандидатів наук. Багато зусиль доклав Петро Омелянович до створення віварію та організації центральної наукової лабораторії, оснастивши її новою на той час апаратурою: електронним мікроскопом, спектрофотометром, рефрижераторною центрифугою тощо. Інститут щороку випускав 200-

250 медиків і за правом займав одне з кращих місць у республіці. За досягнуті успіхи Петра Омеляновича вдруге удостоїли високої нагороди — ордена Трудового Червоного Прапора.

З 1965 по 1972 рік П.О. Огій одночасно завідував кафедрою факультетської хірургії. За цей період на кафедрі було оптимізовано навчальний процес, сформовано блок навчально-методичної документації. Активно функціонував студентський науковий гурток. Клініка факультетської хірургії була провідною в області. У ній виконували операції на органах грудної клітки, черевної порожнини, ендокринної системи. Петро Омелянович, будучи досвідченим хірургом і організатором, багато уваги приділяв підготовці кадрів. У клініці пройшли підготовку 6 клінічних ординаторів, 3 аспіранти, багато лікарів і медичних сестер, захистили дисертації 2 доктори і 5 кандидатів медичних наук. Учні П.О. Огія до сьогодні працюють у Тернопільському медуніверситеті: В.О. Шідловський — професор, завідувач кафедри загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією, травматологією і ортопедією, О.М.

Кіт — професор кафедри, Ю.М. Саюк і Г.Т. Пустовойт — доценти кафедр.

Проф. П.О. Огій — автор понад 120 наукових праць з різних розділів клінічної та експериментальної хірургії. У 1967 році захистив докторську дисертацію на тему «Загоєння ран печінки після гострої комбінованої радіаційної травми». У співавторстві з проф. О.Н. Люлькою опублікував дві монографії: «Тиреотоксикоз і функції кори надпочечників» (1967) і «Тиреотоксический криз» (1973).

Проф. П.О. Огій брав активну участь у громадському житті Тернопільщини і республіки. Його обирали головою правління обласного товариства хірургів, членом правління Республіканського хірургічного товариства, головою правління обласного товариства «Знання». За успішну професійну, організаційну і громадську діяльність був нагороджений орденом Червоної зірки, трьома орденами Трудового Червоного Прапора, п'ятьма медалями.

Помер Петро Омелянович 16 квітня 1991 року в м. Жовті Води Дніпропетровської області від повторного інсульту. Похований на місцевому цвинтарі.

Іван Ілліч ГЕТЬМАН

І.І. Гетьман народився 21 січня 1931 року в с. Богданівка Знаменського району Кіровоградської області в селянській родині. У 1950 році закінчив 10 класів середньої школи і того ж року вступив на стоматологічний факультет Київського медичного інституту. В 1955 році отримав диплом з відзнакою і був направлений у м. Зборів Тернопільської області на посаду лікаря-стоматолога. У 1956-1960 роках — головний лікар районної стоматологічної поліклініки і головний



лікар Зборівської районної лікарні. У 1960 році переведе-

ний на посаду головного лікаря Тернопільської обласної стоматологічної поліклініки. З 1961 по 1963 рік — завідувач лікувально-профілактичного сектору Тернопільського обласного відділу охорони здоров'я.

У 1963 році Іван Ілліч обійняв посаду асистента кафедри госпітальної хірургії Тернопільського медичного інституту і вів курс стоматології. У 1970 році пройшов за конкурсом на посаду доцента кафедри. 25 жовтня 1972 року І.І. Гетьмана призначили ректором Тернопільського медичного інституту. Він перебував на цій посаді до передчас-

ної смерті, яка настала 22 січня 1981 року внаслідок повторного інфаркту. За час його діяльності в інституті було відкрито факультет вдосконалення лікарів, який функціонує донині.

І.І. Гетьман — автор понад 30 наукових праць. Більшість його публікацій присвячена проблемі знеболювання в хірургічній стоматології, вивченню і впровадженню в практику нових знеболювальних засобів, а також вдосконаленню пластичних операцій при уроджених вадах і аномаліях щелепно-лицевої ділянки. Ним запропоновано оригінальний варіант ура-

нопластики, який за ефективністю переважав існуючі тоді методи. У 1969 році Іван Ілліч захистив кандидатську дисертацію на тему «Досвід застосування бенкаїну і тримекаїну в хірургічній стоматології». У 1971 році йому присвоєно вчене звання доцента.

За успішну професійну й організаторську діяльність І.І. Гетьман нагороджений орденом «Знак Пошани», медаллю і почесним значком «Відмінник охорони здоров'я».

Похований І.І. Гетьман у м. Тернополі на Микулинецькому цвинтарі.

Іван Семенович СМІЯН

І.С. Сміян народився 10 січня 1929 року в с. Білка Тростянецького району Сумської області в селянській родині. Після закінчення Харківського медичного інституту в 1957 році працював лікарем, а з 1958 року — головним лікарем дитячого санаторію «Джерело» в Трускавці. З 1962 по 1970 рік — старший науковий співробітник, а згодом — завідувач відділу НДІ. З 1970 по 2003 рік — завідувач кафедри педіатрії Тернопільського медичного інституту, пізніше академії імені І.Я. Горбачевського. З 1975 по 1981 рік — проректор з навчальної роботи ТДМУ. Близько 17 років (1981-1999) — ректор цього ж вузу. В 2004-2005 роках — радник ректора, професор кафедри госпітальної та факультетської педіатрії.

І.С. Сміян зробив значний внесок у розвиток української педіатричної науки. Під його керівництвом захищено понад 40 кандидатських та докторських дисертацій. Він як ректор сприяв значному зростанню наукового потенціалу закладу. За його керівництва кількість докторів наук збільшилась втричі, а вуз за цим показником посів перше місце в Україні. З'явилися 5 но-

вих заслужених діячів науки та техніки, 1 заслужений винахідник, 1 лауреат Державної премії УРСР.

Пріоритетним напрямком особистого дослідження було вивчення етіології, патогенезу, клініки і лікування хронічних захворювань гепатобіліарної і брон-



холегенової систем, нирок і сечовидільних шляхів, шлунка і кишечника. Загальне визнання педіатрів одержала розроблена ним концепція патогенезу гіпотрофії та діарейних захворювань. Проф. І.С. Сміяну належить пріоритет в обґрунтуванні та впровадженні методів лікування дітей

з різною патологією в умовах питних курортів. Він особисто розробив дозування різних мінеральних вод для внутрішнього вживання та ванн, методики призначення озокеритових і грязьових аплікацій, грязьового іонофорезу при хронічній патології органів травлення, сечовидільної системи, обміну речовин, науково обґрунтував показання до направлення дітей на санаторно-курортне лікування. У результаті багаторічного вивчення процесів гідролізу і всмоктування вуглеводів у здорових та хворих дітей колективом кафедри педіатрії, очолюваної проф. І.С. Сміяном, було запропоновано просту і зручну класифікацію синдрому мальабсорбції, розроблено критерії диференційної діагностики даного синдрому при різній спадковій і набутій патології, впроваджено методи його корекції, що заслужено вивело кафедру на провідне місце серед дослідників цієї проблеми. Вагомий внесок зроблено професором у вивчення функціонального і морфологічного стану клітинних мембран та вдосконалення методів мембрано-стабілізуювальної терапії, а також у вивчення синдрому ендогенної інтоксикації при різній патології у дітей і підвищення ефективності його корекції. Протягом

останніх років на кафедрі успішно вивчали проблеми остеопорозу в дитячому віці, розробляли методи його профілактики та лікування при різній патології у дітей. Проф. І.С. Сміян є автором 530 наукових публікацій, серед яких понад 50 книг. У 1997 році його ім'я занесено до книги «2000 найвидатніших людей століття» Інтернаціонального біографічного центру в Кембриджі (Велика Британія).

Проф. І.С. Сміян є автором чисельних навчально-методичних посібників та підручників. Основне місце в його практичній діяльності займала робота в клініці: консультації, клінічні розбори хворих, проведення клінічних і патологоанатомічних конференцій. Десятки тисяч маленьких громадян України завдячують своїм життям і здоров'ям високому професіоналізму та чуйності Івана Семеновича. Його дружні фахові відносини з практичною охороною здоров'я були основою оздоровлення населення Тернопілля. МОЗ України вважало взірцем для наслідування відносини Тернопільського медичного інституту з органами охорони здоров'я.

Проф. І.С. Сміян одним з перших у вузі почав читати лекції для студентів українською мовою і наполегливо працював над

написанням та виданням українських підручників, посібників, лекцій та монографій. У 1983 році було видано посібник «Догляд і харчування при диспепсії», а з 1990 року вийшов окремими брошурами цикл лекцій для студентів українською мовою. У 1992 році видано книгу «Харчування і розвиток дитини», в 1993 році опубліковано посібник «Практична педіатрія», в 1995 році — «Педіатрія в ситуаційних задачах», «Бронхіальна астма дитячого віку», «Синдром мальабсорбції» та «Алкогольний синдром плода». У 1997, 1998 і 1999 роках вперше було видано посібники «Госпітальна педіатрія», «Факультетська педіатрія» та «Особливості і семіотика захворювань дитячого віку», аналогів яким до того не існувало, а також навчальний посібник «В раціональному харчуванні дітей до року — здоров'я нації». У 1999 році опубліковано книгу «Педіатрія» (цикл лекцій), яка користувється широкою популярністю не тільки серед студентів та інтернів, але й серед лікарів-педіатрів. У 2001 році вийшов з друку навчальний посібник «Актуальні питання вакцинопрофілактики інфекційних хвороб у дітей», у 2003 році — «Медична генетика дитячого віку», у 2004 році — «Дитяча інфектологія».

НА ЧОЛІ НАШОГО ВНЗ

Крім того, проф. І.С. Сміян є автором окремих розділів у посібнику «Медицина дитинства» (1994) та підручнику «Дитячі хвороби» (1999). Підготовлено до друку оригінальний посібник для студентів медичних вузів «Інтегративна педіатрія» та збірник тестових задач під назвою «Сходинки до оволодіння

професією лікаря». Працюючи на посаді ректора, Іван Семенович завжди знаходив час для читання лекцій студентам. Проф. І.С. Сміян вперше організував факультет удосконалення лікарів, факультет підготовки середнього медперсоналу та бакалаврів. Він завжди вважав навчальний процес найважливішим атрибу-

том діяльності медичного вузу. За досягнуті успіхи Іван Семенович був удостоєний високих звань заслуженого працівника вищої школи і члена-кореспондента АМН України.

Підсумовуючи великий досвід ученого, лікаря та педагога, слід сказати, що проф. І.С. Сміян започаткував автобіографічний цикл

книг («Від книги до книги», «Від крісла до крісла», «Думи мої, думи мої...», «Господи, помилуй і спаси», «Парад академій, університетів», «Сонце сходить і заходить»), в яких не лише висвітлює віхи власної біографії, але й ділиться поглядами на професійні, етичні, моральні аспекти життя. Кожна книга є надзвичайно цінним джерелом виховання в людей, а тим більше у молоді, медиків-початківців, найближчих родніших людських якостей, які

повинні бути притаманними українському лікарю.

Відома громадська діяльність проф. І.С. Сміяна як голови обласної асоціації педіатрів, голови спеціалізованої ради із захисту кандидатських та докторських дисертацій, члена редакційної колегії журналів «Педіатрія, акушерство і гінекологія», «Перинатологія та педіатрія», «Современная педиатрия», «Інфекційні хвороби», члена наукового товариства ім. Т.Г. Шевченка.

Леонід Якимович КОВАЛЬЧУК

Л.Я. Ковальчук народився 15 березня 1947 року в с. Тернівка Ізяславського району Хмельницької області. В 1973 році закінчив Тернопільський медичний інститут. Працюючи лікарем-хірургом, у 1977 році захистив кандидатську дисертацію на тему «Активність ряду окислювальних ферментів нейтрофілів і лімфоцитів у хворих тиреотоксикозом». З 1981 року його творча й організаційна діяльність пов'язана з Тернопільським медичним вузом: асистент, професор, завідувач кафедри шпитальної хірургії, проректор з лікувальної роботи, з 1997 року – ректор академії, тепер університету.

Л.Я. Ковальчук, очолюючи опорну кафедру шпитальної хірургії, з метою більш якісного вивчення клінічних варіантів перебігу хірургічних захворювань ввів циклову форму навчання, виділивши основні напрямки, такі як: хірургічна гастроентерологія і ендокринологія, торакальна та судинна хірургія. Передбачаючи активний розвиток технологічної хірургії, ним запроваджено новий розділ навчального курсу «Нові технології в хірургії».

За редакцією Л.Я. Ковальчука видано одні з перших українських підручників «Шпитальна хірургія» (1999) і «Клінічна хірургія» у 2-х томах (2000), які в 2002 році витримали повторне видання, а також навчальний посібник «Невідкладна хірургія» (2000).



Основна наукова діяльність Л.Я. Ковальчука стосується вивчення фундаментальних проблем виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки. У 1988 році на цю тему ним була захищена докторська дисертація «Регіонарний кровоток шлунку

і дванадцятипалої кишки в хірургії виразкової хвороби». Він є автором оригінальних, патологічно обґрунтованих методів хірургічного лікування даної патології. Результатами наукових пошуків присвячені монографії «Вибір методів хірургічного лікування гастродуоденальних виразок» (1997), «Органний кровообіг при перерахованих станах стравоходу та шлунка» (2001), «Дампінг-синдром в хірургії» (2002).

Л.Я. Ковальчук приділяє велику увагу новітнім технологіям у хірургічній практиці. Йому належить ряд розробок малоінвазивних методів хірургічного лікування патології жовчних шляхів. Цьому питанню присвячена монографія «Лапароскопічна хірургія жовчних шляхів» (1997). Настільними для українських хірургів стали видані проф. Л.Я. Ковальчуком електронні книги «Шпитальна хірургія», «Лапароскопічна хірургія жовчних шляхів», «Хвороби органів травлення», «Урологія».

Одним із напрямків наукової діяльності Л.Я. Ковальчука є пошук методів підвищення безпеки та ефективності хірургічного лікування патології магістральних артерій та екстракраніальних

судин. Серед них слід виділити розробку методів попередження розвитку тромбозу сегмента реконструкції артеріальної системи: «Спосіб профілактики тромбозу судинних протезів» (1993), «Спосіб зниження тромбогенності ендотаректомії» (2002), «Спосіб реконструкції сонної артерії» (2002).

Л.Я. Ковальчук – автор 176 наукових праць, у тому числі 23 винаходів і патентів, 4 підручників і 5 монографій. Під його керівництвом захищено 5 докторських і 26 кандидатських дисертацій.

Організаторські й реформаторські здібності Леоніда Якимовича повною мірою проявилися на посаді ректора. За цей час, завдяки його стратегічному баченню перспектив розвитку освіти і науки, зроблено кроки, спрямовані на забезпечення стабільності функціонування вузу в умовах ринкових відносин. Відкрито фармацевтичний і стоматологічний факультети. Організовано видавництво «Укрмедкнига» і мобілізовано кафедральні колективи на підготовку підручників, посібників, монографій, компакт-дисків. Проведено загальну комп'ютеризацію навчального процесу і

наукових досліджень, впроваджено телекомунікаційні технології. Створено сучасний виварій, зміцнено апаратну базу наукових досліджень. Налагоджено широкі міжнародні зв'язки із залученням до навчання іноземних студентів з викладанням російською та англійською мовами. За досягнуті успіхи у 2004 році академії було надано статус університету. З метою входження в європейський освітній простір і згідно з вимогами Болонської декларації здійснено укрупнення клінічних кафедр, а теоретичні кафедри об'єднано в чотири навчально-наукові інститути. Медичний коледж реорганізовано в Інститут медсестринства. Вміле керівництво забезпечує постійний високий рейтинг нашого університету серед медичних вузів України.

Видатні досягнення проф. Л.Я. Ковальчука відзначені грамотою «Золота фортуна» за створення зразка медичної освіти в Україні. Леонід Якимович є академіком Міжнародної академії інтегративної антропології. За плідну працю проф. Л.Я. Ковальчука нагородили орденом «За заслуги» III ступеня, Грамотою Верховної Ради України.

ІСТОРІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ КАФЕДРИ ПРОПЕДЕВТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН ТДМУ

Історія розвитку кафедри, її традиції переплітаються з початком викладання курсу стоматології студентам медичного факультету Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського.

Курс стоматології створений 1960 р. на базі обласної лікарні. Стоматологічне відділення очолив заслужений лікар України Костянтин Васильович Беліков, який працював на цій посаді до 1963 р.

З 1963 р. до 1981 р. завідувачем курсу був доцент Іван Ілліч Гетьман. За час роботи він опублікував понад 30 наукових праць, що стосувалися проблем місцевого знеболення в стоматології, а також проблем вдосконалення методів хірургічного лікування та реабілітації дітей з вродженими розщепленнями верхньої губи й піднебіння.

З 1981 р. до 1999 р. посаду завідувача курсу займав доктор медичних наук, професор С.І. Черкашин. Він 1965 року закінчив Харківський медичний стоматологічний інститут, після чого працював лікарем в республіканській клінічній лікарні ім. Фрунзе, з 1966 р. – аспірантом кафедри анатомії Киргизького медичного інституту, де 1971 р. захистив кандидатську

дисертацію, присвячену патології лицевого нерва, після чого переїхав до Тернополя. Працював на посаді асистента курсу стоматології медичного інституту, а з 1981 р. – завідувач курсу.

1991 р. захистив докторську дисертацію, присвячену хронічній вогнищевій інфекції. За час роботи проф. С.І. Черкашин опублікував понад 60 наукових робіт з проблем вогнищевій хронічній одонтогенній інфекції та лікування атрозо-артритів СНЩС, видав підручники «Хвороби щелепно-лицевої ділянки» для медичних ВНЗ I-II ступеня акредитації, «Основи стоматології і щелепно-лицевої хірургії» для студентів медичних ВНЗ III-IV ступенів акредитації.

Доктор медичних наук, проф. С.І.Черкашин був організатором стоматологічного факультету і першим його деканом. 2004 року відбулося урочисте відкриття факультету.

На зміну старшому викладацькому поколінню приходять підготовлені нові викладачі, озброєні знаннями й досвідом своїх учителів. З 2006 року другим деканом стоматологічного факультету призначено кандидата медичних наук, доцента

Олександра Володимировича Авдєєва.



Декан стоматологічного факультету Олександр АВДЄЄВ

Великий та основний внесок у відкритті факультету належить члену-кореспонденту АМН України, професорові Л.Я. Ковальчуку

2006 року першу кафедру пропедевтики стоматологічних дисциплін стоматологічного факультету при ТДМУ ім.І.Я.Горбачевського очолив доктор медичних наук, проф. С.І.Черкашин, нині – завідувач цієї кафедри.

Спочатку кафедри стоматологічного факультету розмістили в морфологічному корпусі. Відторк навчальні та лікувальні процеси на новоствореній кафедрі проводять на базі консультативного лікувально-діагностичного центру. Кафедра має відповідну для проведення занять площу навчально-лабораторних приміщень, потужну матеріальну базу, сучасне медичне оснащення, комп'ютерну техніку, доступ до мережі Internet, сучасну бібліотеку.

Колектив новоствореної кафедри склали шість викладачів. Серед них доктор медичних наук, проф. Степан Іванович Черкашин, завідувач кафедри, завуч кафедри – асистент Аліна Богданівна Бойків. Асистент Наталія Степанівна Гутор працює над кандидатською дисертацією впровадження нового фармакологічного засобу Флупетсаль у хірургічну стоматологію, при тісній співпраці з кафедрою фармацевтичної хімії ФУЛІП Львівського національного медичного університету.

Асистент Володимир Іванович Пудяк працює над кандидатською дисертацією впровадження нового фармакологічного засобу Коллапану в хірургічну стоматологію.

Практичні заняття та лекції проводять доктор медичних наук, проф. С.І. Черкашин, асистенти кафедри А.Б. Бойків, Н.С. Гутор В.Є. Пудяк, В.І. Мисько, О.В. Веселовська, Л.Я. Посоленик.

Два старші лаборанти Н.М. Дмухарська та І.І. Олійник докладають свої фахові зусилля для забезпечення навчального процесу на кафедрі.

Асистенти прийшли на кафедру з певними науковими зацікавленнями, доробками, і пов'язаними з їх минулою практичною діяльністю. З урахуванням цього будують наукову тематику, що охоплює питання основної проблеми: «Стоматологічні захворювання, їх профілактика та лікування».

Викладачі пишуть методичні рекомендації (матеріали до практичних занять, лекцій) до тем (українською, російською та англійською мовами). У доступній формі пояснюють у чому ж полягають зміни в галузі освіти, як навчатися у нашому університеті за новою системою. Студентам лекційну інформацію подають на трьох мовах з мультимедійним супроводом.

(Закінчення на стор. 9)

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДИТЯЧОГО ВІКУ

Учасники медичного форуму зібралися, аби обговорити актуальні питання сучасного етапу дитинства — чинники росту та розвитку здоров'я дитини, нові технології профілактики, діагностики, лікування й реабілітації при поширених недугах у дітей та підлітків, методи запобігання і ранньої діагностики вроджених вад розвитку та інші.

Свою пленарну доповідь завідувача кафедри педіатрії та дитячої хірургії ТДМУ, професор Ольга Федорців розпочала із невістих показників, що свідчать, зокрема, про суттєве погіршення стану здоров'я дітей. Тривожить загальна дитяча захворюваність, що останніми роками зросла майже на п'ятдесят відсотків. Результати спостережень, як зазначила доповідач, доводять, що погіршення стану здоров'я дітей супроводжується збільшенням частоти природжених вад розвитку, зростанням алергічних, онкологічних, ендокринних захворювань, порушеннями фізичного розвитку. Намітилася чітка тенденція до збільшення недужих із серцево-судинною патологією неревматичного походження. Наш край, а також Київщину, Луганщину, Херсонщину, Буковину характеризують, як області з високим рівнем смертності від органічних уражень серця і судин.



Кандидат медичних наук, асистент кафедри педіатрії та дитячої хірургії Ігор ГОРИШНИЙ

Збільшилася також кількість дітей з граничними станами та тих, кого відносять до групи підвищеного медико-соціального ризику. Серед негативних факторів, які впливають на стан здоров'я дітей, за словами Ольги Федорців, є зниження якості та порушення умов життя значної частини мешканців, несприятлива екологічна ситуація, якість та структура харчування, надмірні стресові навантаження, недостатній рівень санітарно-гігієнічної культури, розповсюдження шкідливих звичок. Власне, у сучасних умовах дитячий організм зазнає впливу різноманітних чинників — поліфакторних, екологічних, медико-біологічних, соціально-економічних, які й вик-



Директор Українського інституту екології людини, професор Михайло КУРИК (другий праворуч) з учасниками конференції

ликають порушення у роботі практично усіх органів та систем, збільшують захворюваність, летальність, інвалідність.

— Перспективою наступних досліджень буде подальше вивчення екозалежних та психосоматичних захворювань, аби попередити та поліпшити ефективність лікування, розробка комплексу санітарно-гігієнічних заходів для покращення стану здоров'я дітей, — зазначила науковець.

У доповіді професора Ольги Федорців значну увагу було приділено проблемам йододefіциту та дефіциту заліза, якості питної води, грудному вигодовуванню.

Йшлося на зібранні й про екологічні аспекти розв'язання медико-соціальних проблем дитинства. Про негативний вплив довкілля, що проявляється у порушенні функціонального стану організму дитини вели мову директор Інституту екології людини, професор Михайло Курик та Ольга Глоба. Для виявлення клінічних ефектів впливу середовища на організм дитини, на думку науковців, повинні бути експресні методики діагностики, які б дозволяли щоденно контролювати стан пацієнта саме на функціональному рівні. Таким методом для визначення функціонально-екологічного здоров'я дитини нині є методика вимірювання біогальванічно-

го струму або діагностика за В. Макацем. Така методика ендоекологічної експрес-діагностики вже впроваджена у деяких навчальних закладах столиці та Київської області, налагоджена й постійна ендоекологічна детоксикація дитячого організму та профілактика за спеціальними методиками фізіотерапії. Результати проведеної роботи, за словами вчених, дають упевненість, що одним із важливих напрямків у розв'язанні медико-екологічних та соціальних проблем здоров'я дітей є постійний ендоекологічний моніторинг та ендоекологічна реабілітація дітей.

Порушили науковці під час конференції й таке важливе пи-

тання як організація правильного, енергетично збалансованого харчування хворих дітей. Зокрема, виступ провідного наукового співробітника

відділення проблем харчування та соматичної патології дітей грудного та раннього віку ІПАГ АМН України Валентини Місник був присвячений ролі дієтотерапії у профілактиці та лікуванні алергічних захворювань у дітей. А у доповіді асистента кафедри факультетської педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Дніпропетровської медакадемії Олени Кривуші йшла мова про використання суміші як основи дієтотерапії при лікуванні гострих кишкових інфекцій ротавірусної етіології у дітей першого року життя. Про результати досліджень щодо впливу характеру вигодовування на розвиток atopії у немовлят звичайного та високого ризику розвитку алергії з урахуванням вікових аспектів до 12 місяців мовила асистент кафедри педіатрії та неонатології ФПДО Львівського національно-



Аспірант ТДМУ Наталія ЛУЧИШИН

го медуніверситету ім. Данила Галицького Ірина Іванців-Грига. Представник цього ж навчального закладу завідувач кафедри факультетської і шпитальної педіатрії, професор Сергій Няньковський порушив тему харчової алергії у дітей. Йшлося про імуномодельючий ефект компонентів харчування дитини — харчових волокон, пребіотиків та пробіотиків. Сергій Леонідович розкрив коло причин, що призводять до формування харчового несприяння у дітей, розвитку харчової алергії.

— Нині в Україні розпочали дослідження щодо впливу різноманітних компонентів їжі на імунну відповідь дитини. Це дозволить уточнити імуномодельючий ефект компонентів харчування дитини, — повідомив С.Няньковський.

У рамках конференції відбувся сателітний симпозіум, учасники



Професор ТДМУ Ольга ФЕДОРЦІВ

якого мали можливість обговорити різноманітні медико-соціальні аспекти у формуванні здоров'я дітей. Так, у доповіді доцента кафедри педіатрії та дитячої хірургії ТДМУ Тамари Воронцової були представлені результати досліджень із застосування препаратів амаранту в лікуванні дітей із затримкою фізичного розвитку. Асистент цієї ж кафедри Інна Кміта дала клініко-патогенетичне обґрунтування з використанням препарату «Лазолван» у комплексному лікуванні дітей з хронічними і рецидивуючими бронхітами.

Увагу присутніх привернув й виступ лікаря Хмельницької обласної дитячої лікарні Віри Рудої, яка розповіла про соціально-економічні та медико-біологічні фактори і маркери ризику виникнення нефропатій у дітей.

Таку назву мала науково-практична конференція, що зібрала 12-13 квітня провідних фахівців медицини дитинства у НОК «Червона калина» ТДМУ.

У цьому всеукраїнському заході, що відбувся під егідою Міністерства охорони здоров'я та Асоціації педіатрів України, взяли участь проректор Тернопільського державного медуніверситету Ігор Господарський, завідувача кафедрою педіатрії та дитячої хірургії ТДМУ, професор Ольга Федорців, директор Українського інституту екології людини, професор Михайло Курик, головний спеціаліст, педіатр управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА Майя Голяк.

Особливе зацікавлення викликала й доповідь члена-кореспондента АН України, директора НДІ інноваційних медичних технологій Миколи Чухраєва. Науковець наголосив на важливій ролі фізичних факторів у комплексному оздоровленні дітей.

Активно обговорювали учасники конференції й стендову доповідь молодого науковця, аспіранта кафедри педіатрії та дитячої хірургії ТДМУ Наталії Лучишин «Поширеність захворювань сечовидільної системи у дітей Тернопільської області». Взявши до уваги результати ґрунтовних досліджень, доповідач зазначила, що захворювання сечовидільної системи вражають дітей різних вікових груп, але їх частота й тяжкість збільшується з віком. Тому важливим аспектом роботи педіатрів є ретельна діагностика патологічних станів у ранньому та дошкільному віці, просвітіння діяльність серед батьків та підлітків.

У роботі конференції взяли участь представники відомих медичних фірм, компаній, які виготовляють дитяче харчування — NUTRICIA, NESTLE, HUMANA, «Юрія-Фарм», BERLIN CHEMI. Із задоволенням учасники конференції продегустивали корисну продукцію — олії, які представила Житомирська торгівельна марка «Ан-нушка» НВ ТОВ «Житомирбіопродукт».

Конференція відбулася в дружній та теплій атмосфері. Її учасники прийняли також рішення, серед яких — підтримати програму уряду у створенні будинків сімейного типу для дітей-сиріт, розробити та впровадити екологічний паспорт здоров'я для різних вікових категорій дітей, звернути увагу практичних лікарів і науковців на якість питної води та продуктів харчування. Ініціювати проведення контролю за збалансованістю вітамінного й мікроелементного складу харчового раціону дітей різних вікових категорій та рекомендувати включення до нього продукції торгівельної марки «Ан-нушка». Особливу увагу приділяти раціональному вигодовуванню дітей грудного віку.

Лариса ЛУКАЩУК

ПЕРЕСАДКА ПЕЧІНКИ

Другим за частотою пересадки (після нирки) життєво важливим органом є печінка. Першу спробу клінічної пересадки печінки здійснила 1963 року група американських хірургів на чолі з Т. Старлзом. Ця операція, як і серія наступних, була не надто вдаюю, але розробка нових методів імуносупресії принесла плід: на конгресі американських хірургів 1968 року були представлені троє дітей з печінкою, що прижилася та нормально функціонувала. З початку вісімдесятих років пересадження печінки стало рутинною операцією при багатьох захворюваннях.

Якщо спочатку пересадку цього органа розглядали як шанс на порятунок людей з термінальними стадіями цирозу, то зараз показання значно розширилися. Абсолютні показання — це фульмінантні й швидкопрогресуючі форми хронічної печінкової недостатності з несприятливим прогнозом, решта показань — понад 50 захворювань. Потрібно пам'ятати, що виділення частини печінки для пересадки хворим є безпечним для донора. Нині ускладнень у донорів після забирання частини печінки не було зафіксовано. Встановлено, що здорова печінка після операції відновлюється в розмірах через 6–8 місяців. В Україні першу операцію з трансплантації печінки провели 1994 року під керівництвом проф. А.С. Никоненка у Запорізькому центрі трансплантації. У квітні 2001 року в інституті хірургії та трансплантації органів АМН України під керівництвом професора В.Ф. Саєнка провели родинну пересадку частини печінки від матері до сина.

Однією з вдаливих операцій є пересадка печінки 2005 році Олесі Сакалош із с. Широкого, що на Виноградівщині. 30-річній жінці довелося зіткнутися з такою страшною проблемою, як цироз печінки — так відгукнувся перенесений у дитинстві гепатит.

На жаль, зусилля лікарів виявилися марними, процес тривав, стан погіршувався, Оlesia мучилася страшенно. Залишився один вихід: могла б допомогти у цій ситуації лише трансплантація печінки.

Усім добре відомо, що роблять їх винятково за кордоном і коштує трансплантація зазвичай тисячі й тисячі доларів. Оlesia разом з родиною почала цікавитися, де і за скільки роблять такі операції. На жаль, те, що довідалася, аж ніяк не втішило — скрізь в Європі операції з пересаджування печінки коштують 50-85 тисяч євро. Подібні операції вже проводили в Україні: співробітники Київського інституту хірургії й трансплантації органів вперше пересадили печінку від матері немовляти, а отже врятували життя дев'ятимісячній дівчинці. Операцію виконав один з провідних хірургів, доктор медичних наук, професор Олег Геннадійович Котенко. Донором запропонували стати рідній сестрі — Марині, бо її печінка, група крові, розміри артерій справді ідеально підходили. До речі, чоловік і діти Марини сприйняли звістку про те, що вона стає донором для рідної сестри, з острахом, але розумінням. І хоча операція мала бути справді важкою — потрібно було вирізати половину печінки у Марини й пересадити Олесі, лікарі запевнили: для донора, по суті, не існує ризику. У донора зазвичай орган регенерується до початкових розмірів за рік. Зрештою, як і в людини, якій пересадили печінку. Відтак був ще один період досліджень, аналізів, вимірів тощо. Трансплантація була виконана вдало і вже наприкінці березня 2005 р. Оlesia повернулася додому.

Коли вже бригада лікарів була готова проводити пересадку, виникла ситуація, яка вимагала перенести операцію, адже привезли молодшу жінку (Ганусю), яка через два тижні після пологів

була у дуже важкому стані: тромбоз печінкових вен не піддавався ніякому лікуванню. Вихід єдиний — пересадка печінки. Трансплантацію виконував також О.Г. Котенко. Але хто може стати донором? Батько б і радий, проте у нього не та група крові. На щастя, погодився рідний брат. Для таких операцій потрібна тривала підготовка, проте жодної хвилини в запасі: функція печінки нульова, до того ж виникла ниркова недостатність. За планової трансплантації спочатку потрібно підлікувати хворого і донора, а тут довелося в реанімації рятувати життя й одночасно обстежувати, готувати до операції. Це був перший випадок пересадки печінки в настільки екстремальних умовах.

Трансплантацію виконував також О.Г. Котенко. Операція пройшла належно, пересадили праву долю печінки, донора незабаром виписали додому. Але була ще одна ускладнююча обставина — у Ганусі з братом хоч і сумісні, та різні групи крові. Післяопераційний період був важким — виникали кризи відторгнення, потім центральна нервова система дала реакцію на лікарські препарати, у результаті — судомний синдром, епілептичний статус, пацієнтка цілий місяць перебувала в реанімації.

Іноді здавалося, що все — марне. Та спостереження тривало. Жінка була в глибокій комі, але нирки й пересаджена печінка функціонували. Отже, надія на успіх є. Лікували спецпрепаратами, відновлювали за чергою кожен орган, через місяць «подружилися» з центральною нервовою системою. Яким щасливим для всіх був день, коли нарешті з реанімації її перевели в звичайну палату! Але тут стався жовчний перитоніт: знову операційна, реанімаційна й цілодобове чергування біля хворої. Проте і це ускладнення ліквідували, все закінчилося щасливо, Ганусю виписали додому.



Учасники хірургічного гуртка

Таких операцій в інституті хірургії та трансплантації АМН України вже виконано кілька десятків! Хоча дуже багато проблем виникає з трупним донорством. У нашій країні цей процес гальмують залякуваннями про торгівлю органами, хоча тільки дуже недалекий обиватель може всерйоз казати про те, що органами торгують. Це неможливо зробити, адже кожен орган маркують, до того ж для кожного реципієнта донора підбирають індивідуально, бо необхідно врахувати надто багато різних чинників. Гальмує справу й забезпечення коштами — інститут хірургії і трансплантації, фінансує Академія медичних наук України, а оскільки трансплантація — річ дуже дорога, то й плани доводиться корегувати з огляду на матеріальне забезпечення. Трансплантація для пацієнтів є безкоштовною, крім того, в силу можливостей інституту допомагає їм ліками, адже людям з пересадженими органами доводиться вживати імуносупресанти.

Альтернативою операції пересадки печінки є трансплантація гепатоцитів, причому існують три можливих її варіанти: автотрансплантація гепатоцитів, створених *in vitro* з власних стовбурових (кровотворних або мезенхімальних) клітин хворого, алотрансплантація донорських гепатоцитів та алотрансплантація стовбурових клітин донора. В останніх двох випадках залишається необхідність застосування програм

імунодепресивної терапії, але значно простіших, коли потрібні істотно нижчі дози та менша кількість імуносупресорів, аніж у разі трансплантації печінки. Інший напрямок у гепатології передбачає використання уніпотентних стовбурових властивостей гепатоцитів через застосування не клітин, а екстракту ембріональної печінки, який стимулює поділ власних гепатоцитів хворого. Ефективність цього методу морфологічно й біохімічно доведена на прикладі експериментального цирозу печінки.

Студенти нашого університету вивчають можливості трансплантаційної хірургії на засіданнях хірургічного гуртка під керівництвом доктора медичних наук, професора Ігоря Миколайовича Дейкала. Засідання цього гуртка щотижня відбувається на базі Тернопільської міської лікарні швидкої допомоги. Гуртківці, окрім інших питань хірургічної допомоги, щоразу вивчають методику та техніку трансплантації різних органів, післяопераційний догляд і програми імуносупресивної терапії для пацієнтів, яким було проведено пересадку. Зокрема, детально вивчаємо техніку накладання судинного шва за способом карреля. Найближчим часом заплановано проведення експериментальних операцій на тваринах з метою відпрацювання техніки судинного шва.

Андрій ПОКІДКО,
студент 5 курсу, учасник
хірургічного гуртка

ІСТОРІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ КАФЕДРИ ПРОПЕДЕВТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН ТДМУ

(Закінчення. Поч. на стор. 7)

Методика «єдиного дня» виправдала себе на нашій кафедрі. Система (Z-модель) передбачає вивчення теоретичних і практичних дисциплін.

На кафедрі навчаються студенти II курсу. Тут вони вивчають основи стоматологічних дисциплін, виготовляють макети, працюють на фантомах, освоюють мануальні навички з роботи зі стома-



Професор Степан ЧЕРКАШИН

рикул, тобто опанування практичних навичок, засвідчує рівень оволодіння навичками студентом.

— Тестовий контроль знань з віденського досвіду — процедура оцінювання студента, завершальний етап його навчальної діяльності з визначенням успішності навчання. Працівники кафедри працюють над подальшим удосконаленням навчального процесу.

Наталія ГУТОР,
асистент кафедри

ОБ'ЄКТИВ



Ольга ЛЮТА, студентка медфакультету (ліворуч), Микола ОБІЗЮК, студент фармфакультету (праворуч)



ЗАХИСТИТИ ДІТЕЙ ВІД ДУРМАНУ

На обліку у наркологічному кабінеті Бучацької районної поліклініки перебувають понад 760 хворих на алкоголізм, 11 — на наркоманію. До того ж кожен

другий з наркоманів — ВІЛ-інфікований. Загрозливого характеру набуло вживання наркотичних речовин підлітками. Тому батьки повинні цікавитись дозвіллям своїх дітей і не залишати без уваги найменші тривожні зміни. На цьому наголо-

шують на розмаїтих зустрічах лікар-нарколог Бучацької районної поліклініки М.Кульчицька та інструктор із саносвітньої роботи райсанепідемстанції О.Чайківська.

Надія ГОРОШКО

ФІБРОЗНО-КІСТОЗНА ХВОРОБА МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ І ЇЇ ЛІКУВАННЯ

Рак молочної залози (РМЗ) в структурі онкозахворюваності жінок упродовж останніх 20 років посідає перше місце і складає станом на 2005 рік 61,3 випадків на 100 тис. жінок. При цьому хворі на занедбані форми РМЗ становлять 40%, а смертність до року з часу встановлення діагнозу сягає 13%. Загалом п'ятирічна виживаність хворих після лікування складає майже 50%, але при першій стадії РМЗ вона наближається до 95%, а 10-річна виживаність при цій же стадії — майже 80%. Це хороші показники, і медикам потрібно все робити для ранньої та своєчасної діагностики цієї підступної хвороби.

Проте з цих же показників випливає, що лікування РМЗ навіть на ранніх стадіях не забезпечує стовідсоткового вицікування: понад 20% з них гинуть внаслідок метастатичного ураження різних органів. Тому в протираковій боротьбі, поряд з ранньою діагностикою злоякісних пухлин, неабияке значення має своєчасне розпізнавання та лікування передпухлинних захворювань.

До передпухлинних захворювань молочних залоз передусім слід віднести різні варіанти дисплазії молочних залоз, які за сучасною термінологією об'єднують під назвою фіброзно-кістозна хвороба (ФКХ).

Які ж причини та механізм розвитку ФКХ?

Нормальне функціонування молочних залоз залежить від адекватного співвідношення концентрацій насамперед таких гормонів, як естрадіол і прогестерон. Порушення цього співвідношення призводить спочатку до функціональних порушень, а згодом — до морфологічних змін. Провідна роль у розвитку ФКХ належить не стільки абсолютному збільшенню естрогенів, скільки відносній гіперестрогенії, що виникає внаслідок недостатньої продукції прогестерону в другу фазу менструального циклу. Дефіцит прогестерону викликає морфофункціональну перебудову молочних залоз, набряк і гіпертрофію внутрішньочасточкової сполучної тканини, а надлишок проліферації епітелію проток призводить до обструкції і застою секрету в альвеолах, їх збільшення та розвитку кістозних порожнин.

Причиною розвитку ФКХ молочних залоз може бути також збільшення рівня концентрації пролактину поза вагітність і лактацію. Гіперпролактинемія може спостерігатися у пацієнток з аденомою гіпофіза (пролактинома), гіпотиреозом, полікістозом яєчників, клімактеричним синдромом, захворюваннями печінки і нирок тощо.

Підвищення рівня пролактину супроводжується набряком, нагрудними і болючістю молочних залоз, особливо в другу фазу менструального циклу. При цьому можуть спостерігатися вегетативні розлади: головний біль, набряки на ногах, біль у животі, здуття кишківника. Цей симптомокомплекс отримав назву передменструального синдрому.

Існує багато причин виникнення гормональних розладів, що зумовлюють розвиток ФКХ. Зупинимось на деяких з них.

1. Стресові ситуації (незадоволення економічно-соціальним і сімейним становищем, побутові конфлікти, конфлікти на роботі, психічні травми тощо).

2. Сексуальні фактори, головним з яких є сексуальна невдоволеність. За даними літератури, сексуальні фактори відзначають майже у 80% хворих. Тривала сексуальна невдоволеність призводить до застійних явищ у вищих вегетативних центрах, акцентованому збудженні в корі головного мозку та розвитку невротичних реакцій. У хворих з'являється головний біль, дратівливість, поверхневий сон, безсоння тощо. Водночас з'являється ниючий біль у попереку та низу живота. Почасти настають сильні менструальні кровотечі.

3. Фактори репродуктивного характеру. Неприятливими є надто ранній початок місячних і пізня менауза, ановуляторні цикли, пізня перша вагітність, відмова від годування дитини груддю, штучне переривання вагітності.

Своєчасний початок місячних і перша вагітність у 18-20 років володіють захисним впливом — у першорядок до 19 років ризик виникнення ФКХ нижчий, ніж у жінок, що народжували у 35 років і більше. Із збільшенням кількості нормальних пологів зменшується ризик розвитку зазначених патологічних змін. Годування дитини менше п'яти місяців є також несприятливим фактором.

Особливо негативно позначаються на стані молочних залоз три і більше абортів, що пояснюють наступним механізмом. Під час вагітності продукція прогестерону жовтим тілом різко збільшується. Після переривання вагітності жовте тіло продовжує тривалий час функціонувати, що супроводжується надходженням у кров надлишкової кількості прогестерону. Це призводить до пригнічення секреції лютеїнізуючого гормону гіпофізом і, навпаки, підвищення продукції фолікулостимулюючого гормону. Як наслідок виникає дисбаланс гормонів і переважання процесів проліферації в молочних залозах.

4. Захворювання жіночих статевих органів, щитоподібної залози, печінки, ожиріння. Вказані хвороби мають різні механізми впливу на ендокринну систему, але в кінцевому підсумку спричиняють дисбаланс гормонів у бік гіперестрогенії. Скажімо, при захворюваннях печінки порушується ферментативна інактивація стероїдних гормонів, сповільнюється утилізація естрогенів і, як наслідок, збільшення їх концентрації в крові.

Ожиріння супроводжується позагонадним синтезом андрогенів, які під впливом фермента ароматази (жирова тканина багата на цей фермент) перетворюються в естрогени, що також призводить до гіперестрогенії.

5. Порушення менструальної функції — це клінічна маніфестація неблагополуччя в нейроендокринній системі. До найчастіших патологічних станів відносять ано-

вуляцію, олігоменорею, дисфункціональні метрорагії тощо. Всі вони так чи інакше зумовлені явною або прихованою гіперпролактинемією, дефіцитом прогестерону, відносною або абсолютною гіперестрогенією, що й призводить до розвитку ФКХ.

Діагностика ФКХ ґрунтується на огляді молочних залоз, їх пальпації, маммографії, УЗД, пункції вузлоподібних вогнищ і цитологічного дослідження пунктатів.

Основною скаргою хворих на ФКХ є ниючий біль в молочних залозах, який посилюється за кілька днів до початку менструації. Майже 15% хворих звертаються до лікаря із скаргою лише на наявність ущільнення в молочних залозах.



Професор Володимир ДРИЖАК

Інколи пацієнтки звертаються з приводу виділень із соска різного характеру (прозорі, брудно-зелені, коричневі, молозивні тощо).

У пацієнток, які страждають на ФКХ, нерідко спостерігається депресивний синдром, почуття занепокоєння, канцерофобія.

Огляд молочних залоз необхідно проводити ретельно. Для цього жінка повинна роздягнутися до пояса, стати обличчям до світла, після чого лікар оцінює зовнішній вигляд залоз, звертає увагу на можливі прояви асиметрії, контури, забарвлення шкіри, положення сосків, деформації, стан венозної сітки. Після огляду здійснюється пальпація молочних залоз спочатку в стоячому положенні хворої, а пізніше — в лежачому. Пальпацію проводять послідовно, у всіх квадрантах молочної залози, у тому числі й ареоларній зоні. Методики пальпації можуть бути різними, проте важливішою є не сама методика, а ретельність її виконання і охоплення всієї молочної залози. Необхідно звертати увагу на консистенцію молочних залоз, наявність чи відсутність ущільнень, тяжів, характеризуючи їхню поверхню, розміри, рухомість, відношення до шкіри і т.п. Обов'язкове промацування пахвинних і надключичних лімфатичних вузлів.

Вузлова форма ФКХ характеризується наявністю в одній або обох молочних залозах обмежених ущільнень у вигляді вузлів. Вузли частіше виявляють при обстеженні у вертикальному положенні пацієнтки. В лежачому положенні при на-

тисканні на залозу до грудної стінки долонею вузол не визначається (позитивний симптом Кеніга). Навпаки, раковий вузол при такій методиці пальпації не зникає. Але необхідно наголосити, що провести на основі клінічних проявів хвороби диференціальну діагностику між вузловою формою ФКХ і раком молочної залози, не завжди можливо. Для цього потрібні додаткові методи обстеження: маммографія та біопсія пухлини.

Дифузна форма ФКХ починається з появи болювих відчуттів у молочних залозах за кілька днів до початку місячних. Поступово біль стає постійним, інтенсивнішим, ірадіює в руку, лопатку. Молочні залози збільшуються, немовби підпухають. При пальпації, як правило, виявляється дископодібне ущільнення в одній або обох молочних залозах. Частіше його знаходять у центральному та верхньозовнішньому квадрантах. Ущільнення має дрібнозернисту, помірно болючу поверхню, шкіра над якою рухома. Навіть після закінчення місячних повного пом'якшення молочних залоз відбувається, продовжує турбувати біль.

Пріоритетними методами діагностики захворювань молочних залоз нині є маммографія в комбінації з УЗД. Закінчуватися дослідження повинно прицільною пункційною або трепан-біопсією.

Пам'ятаючи, що процес виникнення ФКХ складний, пов'язаний із змінами в нейроендокринній системі, лікування також має свої особливості. Потрібні індивідуальні підходи до кожного окремого випадку та комплексність застосування різних методів. Єдиного алгоритму лікування ФКХ немає.

При вузлових формах ФКХ показане хірургічне лікування — секторальна резекція молочної залози. Лікування дифузних форм ФКХ, як правило, консервативне і складається з методів негормональної терапії та гормональної корекції.

Необхідно передовсім усунути причини, що призвели до розвитку ФКХ. Дотримання дієти (обмеження вживання кави, міцного чаю, відмова від надмірного вживання жирів, алкоголю, шоколаду), вживання продуктів, багатих на клітковину (овочі, фрукти), вітамінів А, С, Є і особливо В₂, дотримання оптимального режиму праці та відпочинку, запобігання від стресів, зміцнення нервової системи (прогулянки перед сном, водні процедури), вживання заспокійливих препаратів (настоянка глуду, валер'яни), нормалізація статевого життя, застереження від абортів, збільшення кількості пологів, тривале годування дитини груддю (не менше року), вицікування запальних процесів матки і додатків, своєчасне видалення пухлин і кіст яєчників, поліпшення функції печінки, підшлункової залози і жовчних шляхів — все це може призвести до значного лікувального ефекту і навіть видужання.

Велику увагу слід надавати підбору бюстгальтера. Носіння бюстгальтера невідповідної форми і розміру може спричинити деформацію та стиснення груддей, а відтак — порушення кровообігу, зокрема венозного відтоку.

Для покращення мікроциркуляції та зменшення набряку молочних залоз доцільне вживання вітаміну Р (аскорутин), який міститься в пло-

дах шипшини, смородини, чорноплідної горобини, цитрусових. Зменшують набряк і больовий синдром нестероїдні препарати (диклофенак по 75-100 мг/добу у другу фазу менструального циклу протягом трьох місяців).

Для корекції ендокринних порушень призначають гормональні препарати. Гормонотерапія частіше спрямована на зменшення надмірного стимулюючого впливу на молочну залозу естрогенів, рідше — на корекцію диспролактинемії чи гіпотиреозу.

Антиестрогени (тамоксифен, тореміфен), блокуючи естрогенні рецептори в тканині молочної залози, «не дозволяють» активно діяти естрогенам. Зазначені препарати призначають по 10-20 мг на добу протягом 2-3 місяців.

Гестагени показані пацієнтам з недостатністю лютеїнової фази менструального циклу, за наявності ановуляторних кровотеч, міоми матки.

Призначають утрожестан по 50 мг двічі на добу в другу фазу менструального циклу (3 цикли), норколут по 5 мг один раз на день з 16-го по 25-й день циклу (5-6 циклів), оргометрил по 50 мг двічі на день 10-12 днів до початку місячних (5-6 циклів). Останніми роками популярності набув гель «Прожестожель» для місцевого застосування — курс лікування 3 місяці.

Андрогени є антагоністами естрогенів, крім того, вони пригнічують гонадотропну функцію гіпофіза, а отже спричиняють пригнічення або виключення функції яєчників. Найкращі результати від застосування андрогенів отримано в жінок від 35 до 55 років. Призначають метилтестостерон по 5 мг двічі на день під язик з 16-го по 25-й день циклу (5-6 циклів), метандростенолон у тому ж дозуванні, тестостеронлицит по одній пігулці під язик двічі на день.

У частини хворих на ФКХ спостерігається зниження функціональної активності щитоподібної залози. У таких випадках доцільне застосування тиреоїдну або тиреокмбу по 30-50 мг на добу протягом 3-6 місяців, препаратів йоду (0,25% розчин калію йодиду — по 1 чайній ложці 2-3 рази на день після їжі — 6 місяців).

Причиною ФКХ може бути, як було сказано, гіперпролактинемія. З лікувальною метою призначають бромкриптин, який гальмує секрецію пролактину гіпофізом і у такий спосіб зменшує або повністю припиняє патологічну галакторею. Призначають бромкриптин по 5 мг/добу під час їжі у міжменструальний період протягом 4-6 місяців. Зручнішим є призначення достінексу по 0,25-0,5 мг один раз на тиждень протягом 1,5 місяця.

У стресових ситуаціях, при нервовому збудженні варто приймати заспокійливі середники: ново-пасит, мікстура Кватера, персен, транквілізатори (сібазон, гідазепам тощо).

Кілька слів про самообстеження молочних залоз. Воно повинно увійти в звичку кожної жінки. Щомісячно у визначений день (на 10-й день після закінчення місячних) жінка оглядає й промацує молочні залози у вертикальному та горизонтальному положеннях. Регулярне й постійне самообстеження дозволяє жінці вивчити свої груди настільки, що стають помітними найменші відхилення чи зміни в структурі залози. Треба пам'ятати: ви проводите самообстеження молочних залоз для того, аби переконатися, що ви здорові, а не для того, щоб знайти хворобу.

ЖИТТЄВИЙ ПОДВИГ ІВАНА ОГІЄНКА

Народився Іван Іванович Огієнко 2 (15) січня 1882 року в містечку Брусилів Радомишльського повіту на Київщині (нині — районний центр Житомирської області).

Закінчивши повний курс Київської військово-фельдшерської школи (1896-1900), І.Огієнко за скеруванням комісії береться до фельдшерської служби у Київському військовому шпиталі. І поступово розчаровується у виборі своєї професії. На те, очевидно, було дві причини. Передусім він так і не зміг при звичаїтися до випадків передчасної смерті хворих (працював у відділенні психічних і нервових хвороб, і це постійно пригнічувало його вразливу юнацьку душу). З іншого боку, саме на цей період припадає, за свідченням самого І.Огієнка, його «перше пробудження української свідомості» під впливом приятеля, фельдшера колеги Павла Галагана в Києві Андрія Короваєва та частих відвідин вистав українського театру.

Після болісних вагань у травні 1903 року І.Огієнко успішно складає іспит на атестат зрілості (матуру) при Острозькій класичній гімназії. Це дає йому право вступати до університету св. Володимира. Але дозвіл на дочасне звільнення з військової служби він отримує з умовою, що вибір свій зупинить не на історико-філологічному факультеті, про який мріяв, а на медичному. Після вступу І.Огієнкові вдалося таки перевестися на історико-філологічний факультет і стати незабаром одним з найздібніших студентів, улюбленцем відомого академіка В.Перетца.

Після закінчення Київського університету Св. Володимира (1909 р.) І.Огієнко працював учителем середньої комерційної школи та державної гімназії в Києві. 1911 року зарахований професорським стипендіатом кафедри російської літератури університету св. Володимира. 1915-1917 рр. — приват-доцент цього університету, 1917-1918 рр. — професор Українського народного університету, що існував паралельно з університетом св. Володимира (згодом — Київський державний український університет).

Цьогорічного січня виповнилося 125 років від дня народження видатного українського вченого, державного, громадського та релігійного діяча, автора першого канонічного перекладу Біблії українською мовою Івана Огієнка (митрополита Іларіона).

Бог дарував йому багато талантів, але водночас посплав і немало житейських випробувань, які він мужньо, гідно переборов, залишаючись вірним своїм покликанню й своєму кредо — служити народові. Історія та культурологія, літературознавство і мовознавство, журналістика і видавнича справа, поезія і філософія, богослов'я і перекладацтво, педагогіка та історія, — такою різноманітною й багатою була сфера його діяльності. І в кожній ділянці він досягнув вагомих набутків. Бібліографія наукових і публіцистичних праць ученого та його художніх творів, за неповними даними, складає майже півтори тисячі назв. Усе це дає підстави називати Івана Огієнка видатним ученим-енциклопедистом ХХ століття.



Огієнко з дружиною і трьома неповнолітніми дітьми назавжди залишає Україну, вимушено кинувши напризволяще в Кам'янці-Подільському власну величезну книгозбірню, архів і десятки завершених та розпочатих рукописів наукових праць.

Після кількох місяців праці в уряді УНР у Тарнові (до вересня 1922 року), він перебирається до Винників, а згодом — до Львова. За ревною популяризацію української мови й проповідування національної ідеї польська влада звільняє його від викладання у Львівській учительській гімназії.

Під час перебування у Варшаві І. Огієнко розгортає активну просвітницьку та видавничу діяльність: засновує науково-популярні щомісячники «Рідна мова» (1933-1939), «Наша культура» (1935-1937), береться до видання 30-томної «Бібліотеки українознавства», тритомного збірника «Визволення України», пише й видає чимало своїх наукових творів. Там продовжує свою багаторічну працю над перекладом Святого Письма українською мовою. Серед найпомітніших досліджень цього періоду — десяти томна «Історія церковнослов'янської мови».

Після смерті дружини Домініки Данилівни (квітень 1937 р.) професор Огієнко приймає рішення про чернечий постриг (цей обряд було здійснено в Яблочинському Свято-Онуфрієвському монастирі 9 жовтня 1940 року) й обирає ім'я Іларіона — на знак спадкоємності духовного подвигу першого митрополита Київського часів Ярослава Мудрого — Іларіона. 19 жовтня того ж року стає архієпископом, а 16 березня 1944-го — митрополитом Холмським і Підляським православної Варшавської митрополії.

На запрошення православної громади собору св. Покрови у Вінніпезі переїздить до Канади (16 вересня 1947 року), де починає працю священника при цій парафії. Під час роботи Собору Української православної церкви Канади (8-9 серпня 1951 року) Іларіона обирають предстоятелем цієї церкви — митрополитом Вінніпегу та всієї Канади. На цьому посту він залишався до самої смерті.

З переїздом до Канади відновлюється й перервана воєнними діями в Європі активна наукова та видавнича діяльність митрополита Іларіона. У листопаді 1947 року він засновує народний християнський місячник «Слово істини» (виходив до жовтня 1951 року). Відтак започатковує вихід «Нашої культури» (з листопада 1951 р. до жовтня 1953 р.).

12 червня 1962 року здійснилася мрія життя митрополита Іларіона — з Лондонської друкарні на його вінніпезьку адресу було надіслано розкішно виданий том — повний канонічний переклад українською мовою Біблії. Це був результат 40-річної праці українського вченого, яку доводилося виконувати у надзвичайно несприятливих життєвих умовах (нині цей переклад видають під назвою «Біблія, або Книги Святого Письма Старого й Нового Заповіту», в чорних палітурках).

Помер митрополит Іларіон після тяжкої і тривалої хвороби 29 березня 1972 року. Відповідно до юридично оформленого заповіту, здійсненого 15 квітня 1967 року, весь свій величезний архів і книгозбірню він передав на зберігання Колегії св. Андрія, щоб із постановою вільної й незалежної України, коли факультет теології Української православної церкви буде існувати в Києві, всю цільну колекцію переслати на Батьківщину. Похований на православної частині цвинтаря Глен Іден біля Вінніпегу.

Останніми роками ім'я Івана Огієнка (митрополита Іларіона), його багату наукову спадщину все активніше повертаються в Україну. Чимало для цього зробив відомий учений, письменник, доктор філологічних наук, професор Київського національного університету ім. Тараса Шевченка, перший лауреат премії ім. Івана Огієнка Микола Тимошок. Він об'їздив усіма шляхами-дорогами, що випало пройти митрополитові в усіх кутках України, а також у Польщі, Швейцарії, Франції, Канаді, написав дві ґрунтовні монографії: «Голгофа Івана Огієнка» та «Лішуть навіки з чужиною...»: митрополит Іларіон (Іван Огієнко) і українське відродження». Він перший почав видавати значними накладом заборонені раніше в Україні фундаментальні праці Івана Огієнка: «Українська культура», «Історія українського друкарства», «Історія української літературної мови», «Дохристиянські вірування українського народу», «Життєписи великих українців», «Наука про рідномовні обов'язки», — зі своїми ґрунтовними передмовами та науковими коментарями.

Дедалі активніше заявляє про себе Всеукраїнське товариство Івана Огієнка. На картах міст Брусилів, Житомира, Львова, Кам'янець-Подільського з'явилися названі іменем ученого вулиці. 1998 року згідно з розпорядженням столичної мерії встановлено меморіальну дошку на приміщенні гуманітарного корпусу Київського національного університету імені Тараса Шевченка, де вчився і працював професор Огієнко. А в університеті Кам'янець-Подільського та у Брусиліві відкрито музеї-кімнати Івана Огієнка.

Володимир ЮКАЛО,
кандидат філологічних наук

Лікує природа

СМАЧНІ СУХОФРУКТИ — ДЖЕРЕЛО ВІТАМІНІВ

Навесні, коли хочеться бути струнким, веселим, енергійним, але чомусь немає сил, енергії, відновити організм допоможуть сухофрукти.

Багаті вітамінами і мінеральними речовинами, сушені фрукти не тільки корисні, а й дуже смачні. Нагодуйте корисними сухофруктами дітей, яким особливо потрібно калій, залізо, магній.

Фініки, як джерело енергії, перевершують решта всіх сухофруктів. Вони містять всі вітаміни, окрім Е і Н, але особливо багато

в них В₆, який підвищує працездатність і підсилює концентрацію уваги. До того ж у цих сухофруктах виявлені речовини, близькі за структурою до аспірину. Не випадково стародавні цілителі використовували їх для лікування застуди і головного болю.

Папайя активізує білковий обмін, зміцнює імунітет, підвищує сексуальну активність.

Родзинки зміцнюють легені, серце і навіть заспокоюють нерви. Якщо ви відчуваєте дратівливість, замочіть на ніч в холодній воді трішки родзинок і вранці випийте цей напій, він стимулює також серцевий м'яз.

Родзинки дуже корисні дітям і людям з ослабленим здоров'ям, оскільки сприяють зміцненню імунітету.

Інжир нормалізує діяльність щитоподібної залози, а також запобігає розвитку ракових клітин, що підтверджується останніми науковими дослідженнями. Містить ферменти, стимулюючі травлення. У народній медицині його успішно застосовують для виведення кишкових паразитів і лікування бронхіту.

Курага — чудове джерело калію, каротину, фосфору, кальцію, заліза, а також вітаміну В₅, який додає бадьорості, сприяє кращому спалюванню жиру в організмі.

ОБ'ЄКТИВ



Роман ШАБЛІЙ та Миростава КРИКУНОВА, другоккурсники фармацевтичного факультету

НА СТРУНАХ ДУШІ

УКРАЇНА

Україна – суверенна держава. Добробут народу – то є її слава. Блакитного неба вгорі далина. Та стиглого хліба у полі краса. Всіх нас разом вона об'єднала, За волю боротись завжди надихала, Наші серця в чистоті зберігала, Зміст життя вона нам дарувала. Україна – наш дім і наш храм, Не здолати її будь-яким ворогам.

Костянтин КОВАНОВ, професор ТДМУ

ТВОРИТИ

Творити не заборонено нікому. Творити власний світ думок, Творіння притаманне не одному. Творіння – образ віршів і казок. Творити все разом лиш для одного, Творити щастя і творити долю, Творіння – образ усього живого. Творець – це та людина волі, Котра живе натхненням і душею, Котра пізнає весь світ по-своєму. Все смертне й вічне разом об'єднати Зуміє геній. Та нам не угадати, Хто він й заради чого ми живемо.

Юлія ДРАГАН, студентка стоматфакультету

МУДРОСЛІВ'Я

РУБРИКУ ВЕДЕ ПРОФЕСОР БОРИС РУДИК

ХВОРИЙ САМ НЕ СВІЙ, І СВІТ ЙОМУ НЕ МИЛИЙ

В епідемії грипу основне – не брати участі. Від смерті ліків немає. Генії народжуються в провінції, а вмирають у Парижі. Гарна голова, та розуму нема. Горщик на живіт – і все заживе. Девіз древніх лікарів: «Бери з хворого гроші, доки він ще не вуджав». Довго живе той, хто стріляє першим. До виникнення раку не доживає той, хто вмирає від серцево-судинних хвороб. Дурні є у всіх країнах і в усьому світі. Дурень дотепний, доки мовчить. Кого мають повісити, той не втопиться. Лікарі не дають людині померти природною смертю, а пропонують помирати повільніше і в муках. Не всі рани гояться, не всі хвороби виліковуються. Не pomoже бабі кадило, якщо бабу сказило.

Перед смертю і на цвинтарі всі люди рівні. Помираючи, перестаєш бути смертним. Пияцтво – досить ефективний засіб скорочення життя. Смерть повсякчас близька і чекає кожного з нас. У хворого – кістки та шкіра і самі ребра. Хворий у три погібелі зігнувся. Хворий лікується, здоровий дуріє. Хворий і сам не свій, і світ йому не любий. Хворому і золоте ліжко не допоможе. Хворий від могили втікає, а здоровий у могилу квапиться. Хміль минається, дурість до віку залишається. Ходили до бабки ворожити: ворожка сказала, як не вмиреш, то будеш жити. Хто дурним народився, той і в Києві не навчиться. Яке життя, така й смерть.



Квітка весни Фото Олега КИЧУРИ

З ІСТОРІЇ ЗУБНОЇ ЩІТКИ

У продажу вперше з'явилася зубна щітка із нейлону. Винайдений спеціалістами американської компанії «Дюпон» штучний матеріал викликав революцію. З нього почали робити струни, риболовні снасті, оболонки для дирижаблів, а також щетину для зубних щіток. До цього зубні щітки були з натуральної щети, яка була відмінним середовищем для розповсюдження мікробів. Зубні щітки були розкішшю. Тому не варто дивуватися, що ручки середньовічних «чистильників» були виконані з цінних порід дерева і прикрашені витонченою різьбою, монографією, фамільним гербом. Перша зубна щітка, що з'явилася в Росії, датується 1709 роком. Цей виріб із срібла виконав майстер, що виготовив для Петра I скіпетр.

Відповіді у наступному числі газети

СКАНВОРД

Scrabble grid with 10x10 cells. Includes numbers 1-99 and various words. Contains several portraits of people. Arrows indicate word directions.

Відповіді на сканворд, вміщений у № 7, 2007 р.

- 1. Воскресіння. 2. Бог. 3. Христосування. 4. Сповідь. 5. Неділя. 6. Пиріг. 7. Орда. 8. Орган. 9. Ікло. 10. Церква. 11. Яр. 12. Герцог. 13. НЛО. 14. «Ера». 15. Ді. 16. Ар. 17. Омар. 18. Надра. 19. Амінь. 20. Соломон. 21. Лука. 22. Матвій. 23. Тло. 24. Ікра. 25. Ряса. 26. Вік. 27. Лак. 28. Надій. 29. Аква. 30. Ікс. 31. Парі. 32. Ян. 33. Степан. 34. Писанка. 35. Па. 36. Лось. 37. Гаївка. 38. Паска. 39. Стус. 40. Ему. 41. Ас. 42. Ісус. 43. Мис. 44. Сара. 45. Рейн. 46. Паз. 47. Пасха. 48. Пі. 49. Канада. 50. Засув. 51. Голгофа. 52. Раб. 53. Нептун. 54. До. 55. Гра. 56. Плащаниця. 57. Боа. 58. Амосов. 59. Крашанка. 60. УПА. 61. Колба. 62. Коломия. 63. Арнем. 64. Кемпінг. 65. Бор. 66. Кур'єр. 67. Ерг. 68. «Омо». 69. Аніс. 70. Сва. 71. Адіті. 72. Ірина. 73. Пафос. 74. Лаваш. 75. Гана. 76. Озон. 77. Стан. 78. Ва. 79. Ти. 80. Ів. 81. Міс. 82. Ода. 83. Ринг. 84. Ганг. 85. Листок. 86. «Ан». 87. Ігор. 88. Лій. 89. Яна. 90. Ціна. 91. Анна. 92. Рай. 93. Ія. 94. Ада.