

МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

№ 19 (252)

ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ

10 жовтня 2009 року



ОГОЛОШЕННЯ

ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО» ОГОЛОШУЄ КОНКУРС НА ЗАМІЩЕННЯ ВАКАНТНИХ ПОСАД:

НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ:

— доцента кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини з медичною технікою — 1 посада;

— старшого викладача кафедри нормальної фізіології — 1 посада;

— старшого викладача кафедри патологічної фізіології — 1 посада.

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

— асистента кафедри оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії — 1 посада;

— асистента кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини з медичною технікою — 1 посада;

— асистента кафедри хірургії з урологією, анестезіологією та малоінвазивними ендоскопічними технологіями № 1 — 2 посади.

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

— доцента кафедри медичної інформатики з фізикою — 1 посада;

— доцента кафедри медичної біохімії та клініко-лабораторної діагностики — 1 посада.

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

НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ:

— доцента кафедри фармацевтичної хімії — 2 посади;

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

Термін подачі документів — один місяць з дня оголошення.

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

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ



Олександр МАСІКОВ, студент медичного факультету

ПЕРЕДПЛАТИТЬ ГАЗЕТУ



ПЕРЕДПЛАТНА ЦІНА

на один місяць — 5 грн 55 коп;
на три місяці — 16 грн 65 коп;
на півріччя — 33 грн 30 коп;
на рік — 66 грн 60 коп.

Передплатити газету можна у будь-якому відділенні зв'язку

ІНДЕКС 23292

У НОМЕРІ

Стор. 3

ВІТЧИЗНЯНІ КСЕНОІМПЛАНТАТИ У ЛІКУВАННІ ОПІКОВИХ ХВОРИХ

До 1995 року використання методики ранньої некректомії в Україні не проводили через відсутність якісного біологічного покриття, не було створено умов для його зберігання. Враховуючи велику потребу в заміниках шкіри, у тому ж таки 1995 року на базі Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського було створено лабораторію кріовакуумного консервування біологічних субстратів. Саме в ній організували банк ліофілізованих ксенодермоімплантатів.



Стор. 4

НА ЗМАГАННЯ ВИЙШЛИ БРИГАДИ «ШВИДКОЇ»

У Тернополі стартував перший обласний конкурс бригад швидкої медичної допомоги. Учасниками змагань стали майже 20 команд «швидкої» з усієї області, які у чотирьох конкурсних завданнях доводили журі та глядачам свою професійність. Організатором змагань виступив Тернопільський комунальний центр швидкої медичної допомоги.



Стор. 8-9

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ

Нотатки із симпозіуму «Імунопатологія при респіраторних захворюваннях» і VI українсько-польської конференції «Актуальні аспекти захворювань легень: патофізіологія, діагностика, лікування». Ці заходи відбулися 24-25 вересня в НОК «Червона калина» ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського з участю провідних вітчизняних і зарубіжних фахівців.



ЗВІТУВАЛА ДЕПУТАТСЬКА ФРАКЦІЯ ПРО РОБОТУ

У вікторок в конференц-залі Тернопільського державного медичного університету ім. І.Горбачевського відбулася прес-конференція «Робота депутатської фракції Блоку Литвина в Тернопільській обласній раді над реалізацією виборчої програми блоку». Її учасниками стали журналісти місцевих ЗМІ та голова депутатської фракції Блоку Литвина в Тернопільській обласній раді Зіновій Крушельницький, депутати обласної ради від Блоку Литвина Леонід Ковальчук, Лариса Мисюк.

Блок Литвина в Тернопільській обласній раді — це політична сила, що прийшла у владу реалізовувати конкретні програми, які допомагають людям та об'єднують українське суспільство. «В цій непростій ситуації, що склалася в області, накази виборців можна виконати тільки лише через конструктивну співпрацю всіх політичних сил облради», запевняють депутати від Блоку Литвина.

Відкриваючи зібрання, Зіновій Крушельницький підкреслив, що, зніціювавши зустріч з журналістами, депутати мали на меті у такий спосіб оприлюднити результати роботи їхньої фракції в обласній раді за перше півріччя цього року та поділитися думками щодо діяльності обласної ради нинішнього скликання.

Першим тримав слово ректор Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, член-кореспондент АМН України, професор Леонід Ковальчук. Варто зазначити, що Леонід Якимович очолює постійну комісію обласної ради з питань охорони здоров'я, сім'ї, материнства та дитинства. Виступаючи перед журналістами, він, зокрема, зазначив, що йому дуже імponує депутатський склад нинішньої каденції.

— На політичному просторі краю з'явилися нові сили, прийшли суспільно активні, амбітні молоді люди,

які, як мені видається, прагнуть щось змінювати на краще, працювати. Мене, звісно, тішить така перспектива, — зазначив депутат. — Та, напевне, не всі з них знають, як діяти. Гадаю, причина усіх негараздів, які нині не дають українцям повноцінно жити, — у нас самих. Внутрішні міжусобиці лихоманять країну. Примітно, що ця проблема не нова, вона сягає корінням далеких віків,



**Ректор ТДМУ, професор
Леонід КОВАЛЬЧУК**

це ж ми про себе колись сказали: де два українці, там три гетьмани. Тому я впевнений: перше, що повинні зробити і не лише в обласній раді — це навчитися «слухати» один одного, йти на поступки, навіть всупереч політичним амбіціям, усвідомлюючи, що прийшли з однією метою — робити добро для краю, найвищими повинні бути інтереси громади.

Упродовж виступу Леонід Якимович ознайомив присутніх з основними завданнями своєї програми, що стосуються медичного забезпечення мешканців краю. Проаналізувавши проблеми, які нині заважають медицині Тернопільщини ефективно розвиватися, висловив власний погляд на шляхи реформування медичної галузі, які базуються на впровадженні страхової

медицини. Щоправда, на думку доповідача, діяти тут потрібно дуже виважено. Спочатку треба провести перший етап — підготовчий, і відмежувати від лікарень станції швидкої допомоги, це має бути окрема медична структура, далі реформувати дільничні лікарні, які нині з'їдають 500 млн. грн. щорічно та надати їм статус соціальних. Наступна сходинка — це зміцнення



Лариса МИСЮК

матеріально-технічної бази, забезпечення медичним обладнанням тих лікарень, які в майбутньому стануть базовими, де надаватимуть всю ургентну допомогу. Можливо, на Тернопільщині це буде Чортківська, Кременецька та Тернопільська райлікарні. Усі кроки в цьому напрямку повинні бути економічно вигідними та надзвичайно зваженими.

Майбутнє страхової медицини — за потужними, технологічно насиченими медичними закладами, адже страхові компанії будуть укладати угоди з тими лікарнями, які надають медичну допомогу за найвищими стандартами. Тому без належної підготовки це не зробити. Приємно зазначити, що перші кроки в цьому напрямку вже є. Йдеться про створення університетської клініки на базі обласної

клінічної лікарні. У планах — створити медичний заклад на договірних коопераційних відносинах між ТДМУ та обласною клінічною лікарнею. Тобто лікарня й надалі виконуватиме ті ж функції з надання допомоги жителям Тернопілля, що й тепер. Але їхній рівень стане значно вищим.

— Це буде важливим кроком до впровадження страхової медицини в нашій області, — наголосив ректор, — і дозволить значно спростити перехід системи охорони здоров'я до нових умов функціонування та поліпшити рівень надання спеціалізованої допомоги мешканцям краю, попередивши відтік



Зіновій КРУШЕЛЬНИЦЬКИЙ

коштів у сусідні області, як це відбувається тепер. А ще дозволить скоротити видатки з обласного бюджету на лікування в інших клініках. — Мені дуже приємно, що депутати обласної ради одноставно проголосували за рішення щодо створення університетської клініки, з розумінням підійшли до цього проекту.

До речі, на нещодавній зустрічі ректора з міністром охорони здоров'я України Василем Князевичем було укладено певні домовленості щодо окремого фінансування клініки за сприяння МОЗ.

Також Леонід Якимович повідомив про виділення коштів з фондів ТДМУ на облаштування сучасної лабораторії на базі обласної лікарні, яка стане структурним підрозділом майбутньої університетської клініки.

Розповів ректор про депутатські здобутки щодо відкриття практичного центру реабілітації та догляду за людьми похилого віку в селі Гнилиці Підволочиського району. Цей проект є пілотним для області. На базі досвіду його втілення планується впровадити подібні заклади не лише на Тернопільщині, а й в Україні.

Надалі слово взяла депутат Лариса Мисюк, голова Лановецької районної організації Товариства Червоного Хреста. Її пріоритети — програми соціального захисту, добровільні програми допомоги країнам. Вона розповіла про допомогу депутатів фракції дітям, хворим на ДЦП, дітям-сиротам, людям похилого віку, багатодітним родинам. Окремо мовила про відкриття магазину «Банк речей», створеного для збору та роздачі вживаних речей бідним.

Зіновій Крушельницький у своєму виступі наголос поставив на економічних аспектах реалізації програми Блоку Литвина, зокрема на відродженні місцевої переробної промисловості. Завдяки піврічній роботі з інвестором на Чортківському м'ясокомбінаті створили 150 робочих місць. На Бучацькому консервному заводі подбали про 140 робочих місць. Зараз розпочали переобладнання лінії з виробництва консервів, будівництва нового холодильного господарства. Виступаючи повідомив, що позитивно вирішено питання про відновлення роботи на Монастириському сир-заводі (70 робочих місць). Незабаром закуплять нове сучасне обладнання, для відновлення робіт залучили будівельні бригади, а це знову ж таки робочі місця і перспективи розвитку краю.

Підсумувавши імпровізований звіт, депутати фракції Блоку Литвина в Тернопільській обласній раді повідомили, що готові до співпраці на благо мешканців Тернопільщини з усіма політичними силами за умови паритетності та конструктивізму в їхніх діях. Запросили також до проведення звітних прес-конференцій депутатської фракції обласної ради від інших політичних сил.

**Лариса ЛУКАЦУК,
Ярослав СТАРЕПРАВО (фото)**

ПЛЮС ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНІ ПРОЦЕДУРИ

Щороку 8-10 тисяч пацієнтів лікуються у фізіотерапевтичному відділенні Збаразької ЦРКЛ.

— Одна з головних переваг фізіотерапії, — вважає завідувач відділення Тетяна Чернецька, — її фізіологічність, тобто максимальна відповідність фізіології людини. Жодна з фізіотерапевтичних процедур не викликає побічних явищ. А спектр цих процедур надзвичайно широкий: від застосування електричного струму різних частот, світлолікування, лазеро- і магнітотерапії, інгаляційної, аерозольної терапії, парафіноозокеритолікування до всім відомого масажу.

Є у відділенні навіть кімната штучного мікроклімату, де застосовують випари кам'яної солі, завдяки цьому досягається ефект «Солотвино в мініатюрі», надзвичайно помічний

для пацієнтів з проблемами дихальних шляхів.

Процедури — безболісні, часто навіть приємно-розслаблюючі. Їх можна призначати і немовлятам двох тижнів від народження, і тим, кому давно вже літа на зиму повернули.

Специфіка процедур, пов'язана із застосуванням електричного струму, ультразвуку, лазера, вимагає від персоналу особливої уважності, пунктуальності та певних технічних навичок. Обладнання бережуть як зіницю ока.

За 20 років роботи фізіотерапевтом Тетяна Володимирівна переконалася в ефективності цього методу. А в умовах економічної кризи та зубожіння людей фізіотерапія — це, либонь, найдешевший і доступний усім метод лікування.

Надія ГОРОШКО



Руслан ШИТКО, студент стоматологічного факультету (ліворуч). Вікторія БОЙЧУК і Марина ДЗЮБАЧУК навчаються на медичному факультеті (праворуч)

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

Адреса редакції:
46001,
м. Тернопіль,
майдан Волі, 1,
тел. **52-80-09; 43-49-56**
E-mail **academia@tdmu.edu.te.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 Тернопільському
державному університеті
ім. І.Я. Горбачевського,
46001, м. Тернопіль,
майдан Волі, 1.

ВІТЧИЗНЯНІ КСЕНОІМПЛАНТАТИ У ЛІКУВАННІ ОПІКОВИХ ХВОРИХ

Загальновідомо, що опікова рана є пусковим механізмом розвитку всіх патологічних змін в організмі опікового хворого. Саме з рани генеруються больові сигнали, через уражену поверхню тіла втрачаються вода, білки, електроліти, сама рана є джерелом інфекції, а токсини, що надходять з рани в кров, призводять до порушення діяльності всіх органів і систем. Оскільки опіковий некроз на ранах є джерелом ендогенної інтоксикації та вхідними воротами інфекції, то саме проти нього спрямована сучасна тактика лікування опечених, яка полягає у ранньому видаленні мертвих тканин (некректомія) вже в перші дні після травми з подальшим закриттям рани шкірою хворого або її заміниками.

Слід вказати, що до 1995 року використання методики ранньої некректомії в Україні не проводили через відсутність якісного біологічного покриття, не було створено умов для його зберігання. Враховуючи велику потребу в заміниках шкіри, у тому ж таки 1995 року на базі Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського було створено лабораторію кріовакуумного консервування біологічних субстратів. Саме в ній зорганізували банк ліофілізованих ксенодермоімплантатів. Під керівництвом професора В.В. Бігуняка група науковців університету розробила методику отримання, консервування та ліофілізації шкіри свиней. Розфасовані в пакети ліофілізовані ксенодермоімплантати можна зберігати в побутовому холодильнику при температурі 4-6 °С до 3 років, протягом яких консервована суха ксеношкіра залишається життєздатною.

Ліофілізовані ксенодермоімплантати внесені до державного реєстру медичних виробів України. Нині ліофілізовані ксенодермоімплантати з Тернополя надходять у лікувальні заклади України. Там їх використовують для закриття ран при опіках після проведення поверхневої (при опіках I-II ступенів) та пошарової (при опіках III-IV ступенів) некректомії, для закриття донорських ран, а також перфорованих аутокліптів шкіри хворого (економний метод пластики при великих за площею глибоких опіках) і закриття ран неопікової етіології (рани після травм, операцій, трофічні виразки).

Після закриття опікових ран ліофілізованими ксенодермоімплантатами хворі позбавляються неймовірних страждань, нестерпного болю при перев'язках, відпадає необхідність проводити щоденні перев'язки під наркозом. Епітелізація поверхневих опікових ран проходить під ксеноімплантатами. Після заживлення опікових поверхневих ран кліптів ксеношкіри самостійно відпадають. Відтак з впровадженням в клінічну практику ліофілізованих ксеноім-

Незважаючи на сучасні досягнення в лікуванні потерпілих з термічною травмою, їх лікування залишається актуальною проблемою, особливо в опечених хворих із глибокими поширеними опіками. Масивність ураження тканин, тяжкість шоку та ендогенна інтоксикація, частий розвиток поліорганної дисфункції, місцевих і генералізованих інфекційних ускладнень, високий рівень летальності – все це відображає складність завдання відновлення шкірного покриву.

плантатів ефективність лікування опікових хворих з поверхневими опіками різко зросла.

Проте найбільшою складністю залишається лікування глибоких і великих за площею опікових ран. Комбустіологи України розробили принципово нові методи лікування таких хворих. На другий-третій день після травми проводиться рання дренажна некректомія із закриттям ран ксеноімплантатами, а через 3-4 дні – повторна некректомія з пластикою ран ауто- і ксеноімплантатами. Така тактика лікування потерпілих з глибокими опіками дозволяє уникнути кровотеч та інших ускладнень при ранній некректомії, що дуже важливо при нашому недостатньому медикаментозному забезпеченні.

Після закриття ран ксеноімплантатами площа глибоких опікових ран зменшуються за рахунок крайової та острівцевої епітелізації, але найважливішим є те, що рани під ксенокліптами за своїм цитоенергетичним і морфологічним потенціалом готові до пересадки власної шкіри.

Загалом впровадження в клінічну практику ліофілізованих ксеноімплантатів дозволило зменшити перебування в стаціонарі опікових хворих на 18-20 днів, а смертність важких опікових хворих – на 30%.

Тепер банк ліофілізованої ксеношкіри забезпечує всі лікувальні-профілактичні заклади України. З кожним роком ліофілізовані ксенодермотрансплантати використовуються дедалі в більшій кількості. Та й у світі роль заміників шкіри в хірургії опіків і лікуванні ран неопікової етіології постійно зростає. Наприклад, в опіках відділеннях США та Європи широко використовують штучні заміники шкіри, зокрема, транспіцит, апліграф, дермографт, алодерм, інтегра тощо. Проте придбати їх наші медичні заклади не можуть через надзвичайно високі ціни. Так, вартість 1 кв.см штучної шкіри наведених взірців коливається від 80 до 140 грн. тоді, як ціна нашого заміника складає всього 40 коп. за кв.см. Та головною відмінністю вітчизняного заміника є те, що за ефективністю він не лише не поступається іноземним, але й за деякими параметрами значно їх переважає.

Комбустіологи України довели на практиці, що відмова від застосування ліофілізованих ксенодермотрансплантатів при лікуванні опікових хворих призводить до місцевих ускладнень ран, їх поглиблення, важкого

перебігу опікової хвороби, виникнення її ускладнень (сепсис, пневмонія, шлунково-кишкові кровотечі та ін.). При цьому стає неможливим проведення ранньої некректомії, що призводить до довготривалого стаціонарного лікування, високої летальності.

Слід зауважити, що прогресивним кроком у лікуванні важких опікових хворих є пластика ран клітинами, вирощеними штучно із епідермісу хворого. У Києві та Донецьку працюють такі наукові лабораторії. На жаль, наші опікові відділення ще не забезпечені відповідними палатами, в яких можна ефективно використовувати вирощені клітини шкіри, по друге – це дорога технологія. Нарешті, для вирощення клітин шкіри необхідний певний час, отже, на період вирощення клітин опікові рани також необхідно закривати заміниками шкіри.

Незважаючи на успіхи, досягнуті останніми роками у лікуванні ран, функціональні та косметичні ре-

дослідного інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова АМН України провели еспериментальні дослідження на тваринах з використанням ксеноімплантату рогівки ока свині. Позитивні результати еспериментальних досліджень дають надію на використання цього ксеноімплантату, який дозволить покращити лікування хворих при травмах та запальних захворюваннях рогівки.



Професор Володимир БІГУНЯК

До 1995 року використання методики ранньої некректомії в Україні не проводили через відсутність якісного біологічного покриття, не було створено умов для його зберігання. Враховуючи велику потребу в заміниках шкіри, у тому ж таки 1995 року на базі Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського було створено лабораторію кріовакуумного консервування біологічних субстратів. Саме в ній зорганізували банк ліофілізованих ксенодермоімплантатів. Під керівництвом професора В.В. Бігуняка група науковців університету розробила методику отримання, консервування та ліофілізації шкіри свиней. Розфасовані в пакети ліофілізовані ксенодермоімплантати можна зберігати в побутовому холодильнику при температурі 4-6 °С до 3 років, протягом яких консервована суха ксеношкіра залишається життєздатною.

зультати в багатьох випадках залишаються незадовільними. На місцях опікових уражень розвиваються спотворюючі рубці, які часто призводять до контрактур і деформацій суглобів, порушення периферичного й центрального кровообігу. З використанням вітчизняного заміника, а саме – кріоліофілізованої ксеношкіри, для місцевого лікування опікових хворих наведені ускладнення на 32-38% виникають рідше.

Наразі для профілактики утворення рубців у лабораторії кріовакуумного консервування біологічних тканин налагоджено випуск вітчизняних силіконових пластин, які занесені до державного реєстру виробів медичного призначення. Їх з успіхом використовують у лікувальних закладах України.

Працівники кафедри очних хвороб медичного університету разом з працівниками науково-

біцією і реалізувалася комплексом біогенних реакцій у вигляді реактивного лейкоцитозу, фагоцитозу, стійким підвищенням резистентності клітинних мембран за участю механізмів мобілізації системи циклічних нуклеотидів клітин крові, посиленням цитоенергетичних процесів у лейкоцитах, встановлених методом цитолюмінесцентного аналізу, активним імуномодуляторним ефектом, тощо. Висока біологічна

активність ксеношкіри зумовлена значним вмістом у ній широкого спектру амінокислот, колагену, структурних білків, а також інших біологічно активних речовин, зокрема, поліпептидного епідермального фактору росту, макро- і мікроелементів.

У нашій роботі ми виходили з розуміння, що сучасний етап розвитку біомедичних технологій вирізняється залежністю ефективності технологічних процесів від рівня осмислення та практичної реалізації новітніх уявлень сучасної фундаментальної науки. Передусім це стосується технологій, сутність яких полягає у взаємодії різномірних субстратів, зокрема, біологічної та небіологічної природи,

особливо за умов впливу на них енергії електромагнітного випромінювання у будь-якій її формі. З наведених позицій на особливу увагу заслуговує промислове виробництво ксенодермо-субстрату шляхом технологічної переробки тваринної сировини (шкіри свині) як кріоліофілізованої субстанції для наступного виготовлення органопрепарату лікувально-профілактичного призначення.

Встановлений у перші роки роботи над проблемою високий рівень фотореактивності ізольованих кліптів консервованої шкіри, передовсім до дії квантів ультрафіолетового випромінювання, інші біофізичні ефекти засвідчили принципову можливість направленої корекції властивостей ксеногенного біоматеріалу за допомогою фізичних чинників. Перші дослідження взаємодії світла з біоорганічним субстратом – ксеногенною шкірою були покладені в основу формування науково обґрунтованої технології керування процесом регенерації тканин. Потенціювання антимікробного ефекту консервованої шкіри шляхом мобілізації її адсорбційних, антитоксичних і біогенних властивостей з урахуванням здатності дермосубстрату до фотореактивності вже тоді засвідчило вихід новоствореного препарату у ряд перспективних поліпотентних лікувальних засобів.

(Закінчення на стор. 4)

ВІТЧИЗНЯНІ КСЕНОІМПЛАНТАТИ У ЛІКУВАННІ ОПІКОВИХ ХВОРИХ

(Закінчення. Поч. на стор. 3)

Стало зрозумілим, що завдяки впровадженню високотехнологічної переробки сировинного субстрату отримується біопродукт з унікальними властивостями. Це визначило напрямки наступного етапу дослідження, спрямованого на розроблення біопрепарату на основі подрібненої ксеношкіри для направленої корекції системних порушень в організмі дорослих і дітей на принципових засадах толеративної терапії.

Під час виконання запланованої роботи на першому етапі була розроблена, апробована та запроваджена принципово нова технологія виготовлення подрібненого субстрату консервованої шкіри свині з метою встановлення його біологічної ефективності. Вже при першому ознайомленні з новим біоорганічним продуктом виявилися його незвичайні фізико-хімічні та фізико-біологічні властивості.

Не викликало сумніву, що дезінтеграція тканин як принциповий етап технології виготовлення біомедичних препаратів вимагає запровадження високоточних інформативних методів контролю, врахування не лише структуральних особливостей тканинного субстрату, а й взаємозв'язку їх з фізико-біологічними, фізико-хімічними змінами під час технологічної обробки. Це потребувало аналізу властивостей подрібненого субстрату ксеношкіри з позицій сучасних поглядів на процеси перетворення енергії в поверхневих шарах дисперсної системи на межі фазових взаємодій, на природу гетерогенності субстрату, його дисперсності, пористості, адсорбційної здатності, а також останніх досягнень у сфері фізики рідких кристалів.

Подрібнений субстрат ксеношкіри виявився цінним не

лише і не стільки як об'єкт, але й одночасно як інструмент дослідження. Наприклад, встановлена висока оптична активність наночастинок подрібненої ксеношкіри, як прояв їх анізотропних властивостей, зумовила доцільність використання методу поляризаційної флуоресценції. Світлооптична ідентифікація тканинного субстрату флуоресцентним методом дозволила спостерігати не лише за характером структуральних змін, й зробити висновок про перебіг елементарних процесів на рівні молекул, атомів, електронів і квантів. Скажімо, при дослідженні водного екстракту наночастинок кріоліофілізованої шкіри (так само, як і амніотичної оболонки та тканини плаценти) фаза кристалізації мультипептидів на поверхні полімерної сітки, виготовленої з поліамідних і поліуретанових волокон, супроводжувалася активним випромінюванням фотонів у вигляді певних імпульсних спалахів поляризаційної флуоресценції, що засвідчило універсальний характер вказаного фізико-біологічного процесу. Усе це знайшло відображення у публікаціях та патентах на винаходи і корисні моделі.

Роботи в зазначеному напрямку здійснюються за принципом: від нових наукових уявлень — до перспективних технічних рішень. Попереду ще багато роботи, основною характерною ознакою якої є аналіз фізико-біологічних властивостей субстрату ксеношкіри та інших ксеноімплантатів з точки зору сучасних уявлень у стикових областях фундаментальних і прикладних наук.

Василь ДЕМ'ЯНЕНКО,
кандидат меднаук,
доцент ТДМУ,
Лариса ЛУКАЩУК,
журналіст



Роман МОРОЗ, студент стоматологічного факультету

НА ЗМАГАННЯ ВИЙШЛИ БРИГАДИ «ШВИДКОЇ»

У Тернополі стартував перший обласний конкурс бригад швидкої медичної допомоги. Учасниками змагань стали майже 20 команд «швидкої» з усієї області, які у чотирьох конкурсних завданнях доводили журі та глядачам свою професійність.

Серед конкурсних завдань було передбачено рятування умовного потерпілого на воді, надання першої медичної допомоги при інфаркті та у дорожньо-транспортній пригоді й містечтво маневреності водіїв, які, за задумом організаторів, були повноцінними членами команд та у всьому допомагали лікарям.



Головний лікар комунального центру швидкої медичної допомоги Михайло ДЖУС і начальник управління охорони здоров'я Тернопільської міської ради Василь БЛІХАР

На урочистому відкритті з вітальними словами до учасників конкурсу звернулися міський голова Тернополя Роман Заставний, начальник управління охорони здоров'я Тернопільської міської ради Василь Бліхар, заступник начальника головного управління охорони здоров'я ОДА Михайло Буртняк, головний лікар Тернопільського комунального центру ШМД Михайло Джус.

Конкурс розпочався у парку імені Тараса Шевченка. Головним арбітром змагань був професор нашого університету Арсен Гудима. Йому допомагали шість суддів, стільки ж помічників суддів і понад 30 волонтерів. На змагання прибули 18 кращих бригад швид-

кої медичної допомоги. Всі вони старалися якнайкраще продемонструвати свою готовність надати першу допомогу потерпілим, знання, кмітливість, зібраність і зорганізованість, чіткість у виконанні завдання. Бригаді доводилося залучати до своєї роботи і працівників МНС України та дорожньо-патрульної служби, які брали участь у створенні ситуативних завдань. За прийняття нестандартних рішень, за кмітливість команди отримували додаткові бали. Переможцями першого обласного конкурсу швидкої медичної допомоги стали:

I місце — КЦШМД м. Тернополя у складі лікаря Роксолани Мірус, фельдшерів Тараса Шостака та Ярослава Мирка, водія Ігоря Волошиневича.

II місце — Тернопільське районне ВШМД у складі лікаря Віталія Барни, фельдшерів Василя Глухана та Андрія Кучера, водія Ігоря Поворозника.

III місце — Заліщицьке ВШМД у складі лікаря Галини Цимбалюк, фельдшерів Юрія Якимчука та Ярослава Косовського, водія Ярослава Коцюбійчука.

Також цінними подарунками були нагороджені бригади, які отримали найвищий бал на одному з етапів, і кращий водій, який отримав гарний набір



Професор ТДМУ Арсен ГУДИМА, голова Тернопільської райдержадміністрації Володимир БОЛЕЩУК, заступник начальника головного управління охорони здоров'я ОДА Михайло БУРТНЯК (на передньому плані) з учасниками змагань



інструментів для ремонту автомобіля.

Як розповів головний лікар комунального центру швидкої медичної допомоги Михайло Джус, такі змагання стануть традиційними, а на базі установи, яку він очолює, планують створити навчальний центр, де навки надання невідкладної медичної допомоги зможуть отримувати працівники рятувальних установ, учителі та інші представники професій, що працюють з великою кількістю людей.

Організатором змагань виступив Тернопільський комунальний центр швидкої медичної допомоги.

Лілія ЛУКАШ

ПРО ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ТА ОПАЛЕННЯ МОВИЛИ МЕДИКИ

На колегії розглянули питання про виконання обласної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2009-2012 роки, надання медичної допомоги пацієнтам кардіологічного профілю. Головний позаштатний спеціаліст-кардіолог головного управління охорони здоров'я ОДА, завідувач кардіологічного відділення обласної клінічної лікарні Наталія Вівчар зазначила:

— Понад 53 відсотки українців страждають від серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань. Зареєстровано 25,3 млн. хворих (працездатного віку — майже 9 млн.), з яких 11,7 млн. — хворі на артеріальну гіпертензію (АГ) та 8,5 млн. — на ішемічну хворобу серця (ІХС). Така ж ситуація і в області — 53 відсотки краян потерпає від хвороб системи кровообігу. Впродовж 2008 року від серцево-судинних хвороб у краї померло 11087 осіб. Економічні збитки, зумовлені тимчасовою непрацездатністю, інвалідністю та передчасною смертністю від АГ, ІХС і мозково-судинних захворювань (МСЗ), перевищили два мільярди гривень.

Національна стратегія, спрямована на зменшення смертності від хвороб системи кровообігу, полягає у первинній профілактиці захворювань шляхом інформування населення щодо переваг здорового способу життя, ранньому виявленні пацієнтів з високим серцево-судинним ризиком, у забезпеченні ефективної роботи мережі закладів охорони здоров'я, де повинні застосовувати всі необхідні методи втручання, у тому числі й інтервенційні процедури (стентування, аортокоронарне шунтування).

В області реалізують кілька відповідних програм. Але чимало проблем потребують розв'язання, щоб надання медичної допомоги хворим із хворобами системи кровообігу стало системою. На жаль, профілактичний напрямок у боротьбі із серцево-судинними захворюваннями в області, як і в державі, ще не став пріоритетним. Його забезпечують

Понад 53 відсотки українців страждають від серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань. Зареєстровано 25,3 млн. хворих (працездатного віку — майже 9 млн.), з яких 11,7 млн. — хворі на артеріальну гіпертензію (АГ) та 8,5 млн. — на ішемічну хворобу серця (ІХС). Така ж ситуація і в області — 53 відсотки краян потерпає від хвороб системи кровообігу. Впродовж 2008 року від серцево-судинних хвороб у краї померло 11087 осіб.

лише установи галузі охорони здоров'я. Зокрема, в Тернополі відбулися заходи, приурочені Дню боротьби з інсультом в Україні «Виміряйте свій тиск — скажіть інсульту «НІ!». При обласному центрі здоров'я функціонує ліцей здорового способу життя.

Серед факторів ризику, що сприяють серцево-судинним захворюванням, Наталія Вівчар назвала артеріальну гіпертензію, надмірну вагу, гіподинамію, порушення ліпідного обміну, курін-

На базі обласної клінічної лікарні відбулася колегія головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації. На ній був присутній голова облдержадміністрації Юрій Чижмарь, який наголосив на необхідності повноцінної підготовки медичних установ до роботи в осінньо-зимовий період, зазначивши, що з цього приводу вже дано певні доручення керівникам районів. Крім того, очільник області виступив з ініціативою обговорення змін до Конституції України, які запропонував Президент України Віктор Ющенко в трудових колективах лікувально-профілактичних закладів Тернополля.

но тощо, а також негативні екологічні зміни, хронічний стрес і неприхильність населення до здорового способу життя.

Гіпертонічна хвороба є одним з головних чинників розвитку атеросклерозу та його клінічних форм (ІХС, інфаркту міокарда, церебро-васкулярної патології і мозкових інсультів). Її реєструють у більше, ніж третини працездатних краян.

Серед осіб з підвищеним АТ знають про наявність захворювання — 43,9 % сільських і 85,1 % міських мешканців, лікуються відповідно 12,4 % та 61,2 %, ефективність лікування становить 8,2 % та 20,5 %.

Незважаючи на поширеність артеріальної гіпертензії, в області до 2008 року спостерігалася тенденція до зменшення пацієнтів, які охоплені диспансерним наглядом. Але минулий рік став переломним. 70,2 відсотка пацієнтів з артеріальною гіпертензією перебувають на диспансерному обліку, з них — 69 % працездатного віку. Першочерговим завданням на 2009-2010 роки є проведення диспансеризації населення із стратифікацією ризику захворювань та їх ускладнень.

Найменш охоплені диспансерним наглядом гіпертонічні хворі у Тернопільському та Борщівському районах.

Друге місце за поширеністю

створено 432 випадки інфаркту міокарда (49,6 на 100 тис. дор. нас.). Найчастіше його діагностують медики швидкої допомоги або в стаціонарі. І найрідше — при проведенні профоглядів. У межах двох годин від початку серцевого нападу торік шпиталізовано 19,4 % хворих, за перше півріччя — 22,8 %. Основна причина невчасної шпиталізації — пізнє звернення самого пацієнта. Серед не-



Головний позаштатний спеціаліст-кардіолог головного управління охорони здоров'я ОДА, завідувач кардіологічного відділення обласної клінічної лікарні Наталія ВІВЧАР

гативних факторів — зношеність санітарного транспорту, недооснащеність бригади швидкої допомоги, погані дороги, затори на них та нехтування іншими водіями правилом першочерговості проїзду карети «швидкої», особливо у м. Тернополі.

Забезпеченість ліжками кардіологічного профілю в області становить 2,8 на 10 тис. населення, тоді як в Україні — 3,66.

У краї діє транселефонна мережа прийому та передачі ЕКГ «Телекард», якою охоплені всі ЦРЛ, а також Почаївська, Копичинецька та Товстенська районні лікарні. Приймний пристрій розміщений в обласному кардіоцентрі.

Особливої уваги заслуговує застосування інтервенційних технологій (ангіопластика, стентування), які зможуть знизити летальність і смертність від гострого інфаркту міокарда на 20-30 %, а також трудові втрати від інвалідизації. На Тернополі ця проблема потребує розв'язання.

Наголошувалося на поетапному виконанні обласної програми із запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2009-2012 роки. Необхідно забезпечити первинну профілактику факторів серцево-судинного ризику, виявлення осіб з факторами ризику та «безсимптомних» пацієнтів, їхню диспансеризацію та за необхідності — лікування; реалізацію вторинної профілактики (ефективне лікування артеріальної гіпертензії, ІХС, цукрового діабету, аритмії серця, серцевої недостатності); вдосконалення невідкладного спеціалізованого й високоспеціалізованого лікування (застосування інтервенційних технологій, електрофізіологічних методів, аортокоронарного шунтування, імплантації кардіостимуляторів, кардіовертерів).

Про заходи щодо реалізації державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань, спільного наказу МОЗ та АМН України від 21.12.2006 р. №847/71

чиському, Підгаєцькому, Чортківському, Шумському районам. Найнижчий — в Тернопільському, Гусятинському районах.

Понад 80 % хворих, які перенесли інсульт, стають інвалідами, з них — 10 % тяжкими інвалідами, які потребують постійної сторонньої допомоги, 55 % — не задоволені якістю життя і менше 15 % можуть повернутися до праці.

У ТОККПНЛ 2003 року створили обласний судинно-діагностичний центр для надання спеціалізованої допомоги хворим із гострими порушеннями мозкового кровообігу. До нього ввійшли інсультне та судинне відділення. Згодом зорганізоване відділення інтенсивної терапії кризових станів для діагностики та лікування невідкладних психіатричних і неврологічних розладів. Відділення укомплектоване сучасною діагностичною апаратурою — «ШВЛ-БРИЗ», «Фаза-5», приліжковим монітором «ЮТАС», шприцевим насосом ДШ-07, електровідсмоктувачами. Придбали сучасний переносний ЕКГ-апарат «Hart screen», комп'ютер з оргтехнікою, є мат-

Нині до найпоширеніших хвороб в Україні належать цереброваскулярні захворювання, розповсюдженість яких останніми роками зростає. Торік поширеність ЦВЗ становила 8369,6 на 100 тис. населення. Майже третина хворих на ЦВЗ — це люди працездатного віку, у 62 % хворих ЦВЗ обумовлені артеріальною гіпертензією.

До структури ЦВЗ входять дисциркуляторна енцефалопатія, транзиторні ішемічні напади, мозкові інсульти.

«Про затвердження Плану реалізації заходів щодо забезпечення виконання Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки» за 6 місяців нинішнього року в області, Тернопільському і Чортківському районах, інформувала головний позаштатний спеціаліст-невропатолог головного управління охорони здоров'я ОДА Людмила Колеснікова.

— Нині до найпоширеніших хвороб в Україні належать цереброваскулярні захворювання, розповсюдженість яких останніми роками зростає. Торік поширеність ЦВЗ становила 8369,6 на 100 тис. населення. Майже третина хворих на ЦВЗ — це люди працездатного віку, у 62 % хворих ЦВЗ обумовлені артеріальною гіпертензією.

До структури ЦВЗ входять дисциркуляторна енцефалопатія, транзиторні ішемічні напади, мозкові інсульти.

Інсульт є найважливішою соціально-медичною проблемою серед усіх цереброваскулярних захворювань. У світі щоденно у понад 10 млн. осіб діагностують ішемічний інсульт, смертність — 1 випадок на 1000 населення.

Тривожною є тенденція щодо «помолодження» інсульту та зростання його розповсюдженості серед осіб працездатного віку. Серед районів області найвищий показник захворюваності — в Бережанському, Бучацькому, Збарзькому, Зборівському, Козівському, Лановецькому, Підволо-

рац протипролежневий, ліжка функціональні. Для зручності це відділення розміщено поруч з потужним діагностичним центром та ургентною клінікою — біохімічною лабораторією.

У Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні функціонує й обласний центр нейрофізіологічних і патопсихологічних досліджень, який працює невідривно від лікувальної мережі міста. У діагностичному центрі, крім загальних методів, використовують спеціальні види обстежень неврологічного профілю. Хворий може пройти повний комплекс обстежень, зокрема, УЗД внутрішніх органів, реоенцефалографію, ультрароздільну доплерографію екстра- та інтракраніальних судин голови, комп'ютерне обстеження на сучасному мультidetекторному спіральному чотирирізівовому комп'ютерному томографі, який дає змогу на найвищому рівні діагностувати захворювання головного мозку, легень, нирок, підшлункової залози тощо. Обстежувати хворих допомагає й інша високотехнологічна апаратура, наприклад, цифровий рентгендіагностичний комплекс, апарат «Ультіма ПРО-30» з допомогою якого діагностують вроджені аномалії судин головного мозку. Це допомагає медикам вчасно доглядати хворих у нейрохірургічне та судинне відділення обласної лікарні для виконання хірургічних втручань.

(Закінчення на стор. 6)

ПРО ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ТА ОПАЛЕННЯ МОВИЛИ МЕДИКИ

(Закінчення. Поч. на стор. 5)

У цій же лікарні діє також потужне фізіотерапевтичне відділення для проведення ранньої реабілітації та вторинної профілактики повторного інсульту. Є тут підводний душ – масаж, дощовий душ, ароматичні ванни, вихрові ванни для рук та ніг, басейн, тренажерна зала.

В Україні з 21.12.2006 року діє державна програма запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань.

Виконання програми дасть змогу:

- істотно підвищити рівень інформованості населення щодо факторів ризику серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань та способів їх корекції;
- збільшити середню тривалість життя українців;
- орієнтовно знизити рівень смертності від інсультів та ІХС до 10 % 2012 року;
- зменшити рівень первинної інвалідності, зумовленої серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями у працездатному віці до 10 % 2012 року.

Про хід виконання планових завдань з імунопрофілактики інформувала в.о. завідувача епідеміологічного відділу обласної СЕС Марія Павлиш:

– За 8 місяців дифтерія, кір, поліомієліт в області не реєстрували. Є зниження захворюваності на краснуху на 71,3%, епідемічний паротит на 40,4%. Спостерігалось зростання захворюваності на кашлюк в 2,2 рази. Зареєстровано один випадок захворюваності на правець.

На кашлюк хворіли здебільшого діти до 14 років. 66% від загальної кількості захворілих – малюки до двох років.

Найвищу захворюваність реєстрували в м. Тернополі (7), Козівському (5), Тернопільському (6) районах. Зафіксували серед дорослого населення захворюваність на правець в Шумському районі.

За 8 місяців зареєстровано вісім випадків активної форми туберкульозу серед дітей у семи районах і Тернополі та 14 випадків серед підлітків у восьми районах та в обласному центрі.

Незважаючи на перебої та нерегулярність постачання імунобіологічних препаратів, плани профілактичних щеплень у краї за 8 місяців цього року загалом виконані задовільно. Хоча в районах ситуація різнилась.

Вкрай загрозлива ситуація склалася з виконання плану постановки проб Манту та проведення профілактичних щеплень проти туберкульозу. Однією з причин є та, що цього року в область не було централізованого постачання туберкуліну поліції МОЗ України для щеплень дітей 7-14 років. З початку року мали місце випадки неотримання через МОЗ України вакцини БЦЖ і як наслідок – новонарод-

жених дітей виписували з пологових будинків не вакцинованими, зривався план проведення ревакцинації. З іншого боку, низький відсоток виконання плану туберкулінодіагностики в області спричинений тим, що за кошти місцевого бюджету не проводили закупівлі туберкуліну. Загалом план вакцинації БЦЖ (до року) в області виконаний на 68,3%.

Почастішали випадки відмови батьків від профілактичних щеплень. Найбільше відмов від щеплень проти гепатиту В – 33,5%, від гемофільної інфекції, дифтерії, кашлюку, правцю на рівні 13,4-13,5%, від поліомієліту 12,2%.

Викликає занепокоєння зниження кількості щеплень у всіх районах області. Первинним вакцинальним комплексом нині охоплено трохи більше 82 відсотків дітей віком до року.

На колегії також розглядали питання материнської смертності та забезпечення надання ургентної допомоги вагітним, породіллям, гінекологічним хворим за результатами роботи акушерсько-гінекологічної служби 2009 року. З інформацією виступив головний спеціаліст-акушер-гінеколог

головного управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації Олексій Федченко. Він зазначив, що за перше півріччя 2009 року порівняно з відповідним періодом 2008-го зросла народжуваність (на 230 більше немовлят). Але останнім часом посилюється проблема загальної смертності населення, що призводить до поглиблення демографічної кризи. Однією з найважливіших складових стану громадського здоров'я та основою формування перспектив подальшого демографічного розвитку області є репродуктивне здоров'я краян. Тому пріоритетність питання охорони материнства та дитинства потребує особливої уваги організаторів охорони здоров'я й керівників медичних установ.

Також на засіданні колегії обговорили питання підготовки установ та закладів охорони здоров'я до роботи в осінньозимовий період. Нині в галузі охорони здоров'я налічується 95 лікувально-профілактичних закладів, з них 24 обслуговує підприємство «Теплокомуненерго» та 71 заклад має власні котельні. Залишаються п'ять обласних закладів, які опалюють твердим паливом, три з яких планується газифікувати. Готовність до роботи в осінньозимовий період лікувально-профілактичних закладів складає 97 відсотків.

(За матеріалами обласного центру здоров'я)

УРОЧИСТО ПІДПИСАЛИ ЕТИЧНИЙ КОДЕКС УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРЯ

Як відомо, кодекс створювали протягом чотирьох років. Він складається з восьми розділів, які присвячені моральним аспектам діяльності лікаря в суспільстві, роботі з пацієнтами, взаємовідносинам з медичними організаціями та колегами, участі в наукових клінічних дослідженнях і використанню передових медичних технологій.

Нагадаємо, проект кодексу був розглянутий на підсумковій колегії МОЗ України у березні цього року та вчентій медичній раді. Крім того, текст був розміщений на сайті МОЗ України, опублікований у виданнях ВНЗ, обласних медичних газетах, зокрема, в нашій «Ме-



Професор Аркадій ШУЛЬГАЙ

дичній академії», газеті МОЗ України «Ваше здоров'я». Його обговорювали на вчентих і педагогічних радах вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів, в управліннях охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, медичних радах закладів охорони здоров'я та у лікарських асоціаціях.

У створенні Етичного кодексу українського лікаря особлива заслуга належить академікам АМН України Ю.І. Кундієву та Л.А. Пирого, які зробили великий творчий внесок у створення документу.

Робоча група Міністерства, Академії медичних наук України та громадських організацій опрацювала понад 200 поправок і 100 з них увійшли до кінцевого документу.

Незважаючи на гострі дискусії, учасники з'їзду були одностайні в одному – прийнятті Етичного кодексу лікаря вже давно на часі й медична спільнота його потребує. Як зазначалося під час роботи з'їзду, МОЗ докладає зусиль у напрямку підняття престижу професії лікаря.

Тернопільську медичну спільноту на з'їзді Всеукраїнського лікарського товариства

27 вересня в Євпаторії в рамках Х з'їзду Всеукраїнського лікарського товариства відбулася церемонія урочистого підписання Етичного кодексу українського лікаря. У заході взяли участь президент Всеукраїнського лікарського товариства Олег Мусій, заступник директора Департаменту кадрової політики, освіти і науки Міністерства охорони здоров'я України Олександр Волосовець, заступник міністра охорони здоров'я АРК Таїр Мусаєв, головні лікарі та медпрацівники медустанов.

Проект кодексу підписали 214 делегатів з'їзду. Є сподівання, що в майбутньому документ підпишуть всі медпрацівники України.

представляли декан медичного факультету, професор Аркадій Шульгай, заступник голови обласної організації цього товариства на Тернопільщині, член правління ВУЛТ Ігор Паньків, лікар-ординатор відділення неонатального догляду та лікування новонароджених обласного перинатального центру «Мати і дитина» Ірина Кучер.

Своїми враженнями від роботи зібрання вони поділилися з кореспондентом «Медичної академії».

Делегований представник від ТДМУ професор Аркадій Шульгай:

– Відбулася знакова подія для медичного співтовариства України. Адже прийняття Етичного кодексу лікаря України давно чекали усі – і практичні лікарі, і в медичних наукових колах, тому, що це – мораль, це – документ, який регламентує взаємовідносини між колегами-лікарями й пацієнтами.

Хочу процитувати слова з Етичного кодексу, які, на мій погляд, мали б стати дороговказом



Ігор ПАНЬКІВ

для кожного медика: «Життя та здоров'я людини – головні, фундаментальні цінності. Діяльність лікаря спрямована на їх збереження від моменту зачаття та вимагає від нього гуманного ставлення до людини, поваги до її особистості, співчуття та співу-

часті, доброзичливості, благодійності і милосердя, терплячості, взаємодовіри, порядності та справедливості. Лікар повинен пам'ятати, що головний суддя на його професійному шляху – це насамперед совість».

Узагалі ж на пленарних засіданнях та сесіях з'їзду розглядали широке коло питань, що стосувалися історії, сучасного стану та перспектив розвитку санаторно-курортного лікування, ролі лікарського самоврядування і реформування системи охорони здоров'я в Україні, нового в медицині за різими спеціальностями (терапія, хірургія, акушерство і гінекологія, педіатрія, ендокринологія, стоматологія, психіатрія, фітотерапія та інші).

Ігор Паньків, заступник голови обласної організації Всеукраїнського лікарського товариства на Тернопільщині, член правління ВУЛТ:

– Ясна річ, головною подією Х ювілейного з'їзду ВУЛТ було прийняття Етичного кодексу лікаря України як колективного здобутку членів нашого товариства, а також працівників МОЗ України. Напевне, для кожного делегата цього по-

важного зібрання запам'яталися слова заступника директора Департаменту, начальника відділу освіти Департаменту кадрової політики, освіти і науки МОЗ України Олександра Волосовця, який сказав: «Ми, працівники МОЗ України, – теж лікарі, і хотіли долучитися та допомогти прийняти Етичний кодекс.

Етичні засади, такі, як повага до людей, інформована згода та конфіденційність є базовими для лікаря і пацієнта, а вивчення етики готує студентів-медиків розпізнавати важкі ситуації та мати справу з ними на раціональній і принциповій основі».

Ще одним важливим питанням є видання українською мовою за сприяння Світового лікарського товариства підручника з лікарської етики, який сприятиме наближенню до світових стандартів медицини.

Лариса ЛУКАШУК

ЇСТИ ЧИ НЕ ЇСТИ ПРОДУКТИ З ГМО?

Подейкують, що нібито споживання трансгенних продуктів викликає алергію. Та й «Інтернетом» блукає чимало інформації про шкоду від ГМО. Не дивно, що навіть деякі політики, шукаючи популярності в народі, не оминають теми «біотехнологій», не гребуючи заявками на кшталт: «А ми не знаємо, як воно проявиться на майбутніх поколіннях». І пересічна людина вірить у це.

Задля того, аби розставити всі «крапки над і» та надати суспільству зважену й неупереджену інформацію із сфери сучасної біотехнології, зокрема, її важливого напрямку — генної інженерії рослин, в Україні розпочалася інформаційно-освітня програма «Біотехнології XXI століття: міфи та реалії». Її ініціювало Українське товариство клітинних технологів і біотехнологів.

Першими учасниками «круглого столу», який відбувся в рамках цього проекту, стали провідні вчені-біотехнологи й журналісти восьми західних областей України.

ЗОЛОТА ЕПОХА БІОТЕХНОЛОГІЙ

У середині 90-х років на аграрних полях країн світу почали з'являтися небачені до цього сільськогосподарські культури. Вони давали підвищені врожаї, не потребуючи при цьому додаткових засобів хімічного захисту. Появу цих нових, генетично модифікованих рослин тепер називають зеленою революцією. Але водночас не вщухають застереження частини світової спільноти: чого чекати від ГМО — порятунку від голоду, хвороб, екнергозалежності чи непередбачених проявів в здоров'ї людини та в навколишньому середовищі?

Доки людство останні 10-15 років сперечається, нові рослини сягають нових рубежів. Так, торік три нових країни та 1,3 мільйони фермерів мали змогу вперше відчути переваги біотехнологічних культур. Узагалі за той же рік 13,3 мільйони фермерів у рекордній кількості країн

Ця дилема останніми роками непокоїть не одного українця. Адже на полицях вітчизняних супермаркетів і крамничок дедалі частіше з'являються продукти харчування, що містять генетично модифіковані організми.

А й справді, чи може становити небезпеку для нашого здоров'я шоколадна цукерка або шматок ковбаси, в які виробники кладуть нині чимало трансгенної сої? Чи можна сміливо їсти генетично модифіковану картоплю, кукурудзу?

(25) засіяли 125 мільйонів гектарів землі такими культурами.

Визначною подією минулого року прихильники генетичних перетворень вважають те, що вперше вирощувати ГМ-рослини почали в африканських країнах — в Єгипті та в Буркіна-Фасо.

Про ставлення в різних країнах до ГМ-рослин свідчить така статистика: Китай виділив додатково 3,5 млрд. доларів США на 12 років для продовження досліджень і розвитку. Нову біотехнологічну культуру — стійкий до гербіцидів цукровий буряк уперше було висіяно в Сполучених Штатах. Бразилія та Австралія також висівали нові для себе біотехнологічні культури — відповідно, Ві-кукурудзу (стійку до шкідників) та стійкий до гербіцидів ріпак. На стадії розробок — культури, стійкі до засухи. Прогноз такий: до 2012 року або навіть раніше буде комерціалізовано в США таку посухостійку кукурудзу.

Китай, Індія, Аргентина, Бразилія та ПАР (із загальним населенням в 2,6 млрд. осіб) демонструють лідерство у застосуванні біотехнологічних культур і це стимулює їх використання в усьому світі.

Водночас Європа ставить до генетичних модифікацій більш стримано. Франція, приміром, починаючи з 2008 року, взагалі не вирощувала такі рослини. Проте сім інших країн ЄС збільшили площі під посіви на 21 відсоток, що становить понад сто тисяч гектарів. Ця сімка європейських країн у порядку, відповідно до площі Ві-кукурудзи, торік виглядала так: Іспанія, Чехія, Румунія, Португалія, Німеччина, Польща та Словаччина.

ЩО НАС ЧЕКАЄ В СВІТІ ГМО

«Коли кажуть, що в Європі все заборонено, це не відповідає дійсності, — заперечує один з провідних українських генетиків, директор Інституту харчової біотехнології та геноміки НАН України академік Ярослав Блюм. — Так, в Євросоюзі дозволено до вирощування лише дві генетично модифі-

Про ставлення в різних країнах до ГМ-рослин свідчить така статистика: Китай виділив додатково 3,5 млрд. доларів США на 12 років для продовження досліджень і розвитку. Нову біотехнологічну культуру — стійкий до гербіцидів цукровий буряк уперше було висіяно в Сполучених Штатах. Бразилія та Австралія також висівали нові для себе біотехнологічні культури — відповідно, Ві-кукурудзу (стійку до шкідників) та стійкий до гербіцидів ріпак. Водночас Європа ставить до генетичних модифікацій більш стримано.

ковані культури, але до споживання — 22 рослини та їхні продукти».

У найближчого сусіда — Росії — офіційно зареєстровано для використання як продуктів харчування та кормів 15 модифікацій різних культур. Водночас в Україні — жодної.

«І це в країні, яка дала світу унікальні сорти пшениці, районовані по всій планеті, — із жалем зауважує вчений. — Нарешті, створення перших ГМ-культур також безпосередньо пов'язано з нашими вченими, які тоді працювали в Інституті клітинної біології та генетичної інженерії».

На думку фахівців, відсутня цілеспрямована державна програма підтримки не лише біотехнології, а й генетики загалом. «Це не допустимо для держави, яка проголосила інноваційний характер свого розвитку. Ліцензуються навіть наукові лабораторні дослідження».

Світ ГМО рухається вперед. На зміну технологіям першої хвилі, коли рослини отримували стійкість до гербіцидів, захист від шкідників та захворювань, приходить друга — поліпшення споживчих якостей. З'явився «золотий рис», збагачений вітамінами, на черзі — соєва та ріпакова олії, в яких буде змінено співвідношення жирних кислот, звичайно, на користь людині.

Треба віддати належне українським вченим: вони не відкидають можливості ризиків, допустимих у кожній новій технології. Скажімо, один ген може «замовчати», інший проявити підвищену активність.

«Можемо спиратися лише на ті знання, якими опанували нині», — відверто каже Ярослав Блюм. Проте додає, що такі сюрпризи

речному контролю за кожним випробуванням.

«Генна інженерія може все, але чи все потрібно? Треба шукати розумну доцільність у цих безмежних можливостях. Будь-яка модифікація, що може зачепити геном людини, не має права на впровадження», — стверджує Юрій Кундієв.

Але водночас академік вважає недоцільним відмовлятися від того, що може принести людині благо, підвищити якість життя. І вважає XXI — століття золотим епохою біотехнологій.

— Нині здійнялося чимало галасу навколо продуктів з ГМО, — позиціонує свою думку на зібранні завідувач відділу Інституту харчової біотехнології та геноміки НАН України Борис Сорочинський, — але таку невинуватану цікавість неважко пояснити: як усе нове й не дуже відоме, ця тема «обростає» науково необґрунтованою інформацією. Ще одна причина криється в суто комерційних інтересах, які, приміром, проявляють виробники пестицидів чи інших хімічних добрив.

Багато людей й справді боїться виникнення алергій, продовжує вчений, через споживання трансгенних продуктів. Але трансгенну продукцію піддають значно прискіпливішій перевірці, ніж звичайну, позаяк під час реєстрації вивчають й алергенні властивості. На відміну, сорти і рослини, які отримані шляхом традиційної селекції, ніхто на алергенність не перевіряє.

На засіданні «круглого столу» йшлося й про створення генетичних лабораторій. В Європейському Союзі таких — 100. В Україні найближчим часом мають намір відкрити їх понад 50. Але чи будуть вони ефективними і чи виправданою є така велика кількість лабораторій? На думку науковців, це лише комерція і при створенні багатьох таких закладів в Україні всі витрати, пов'язані з проведенням аналізів, перекладуть на виробника, а він водночас — на кінцевого споживача.

Лариса ЛУКАЩУК

КРАСУНЯ ДОПОМАГАТИМЕ ХВОРИМ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Начальник головного управління з питань туризму, сім'ї, молоді та спорту облдержадміністрації Володимир Гульовський представив тернопільським журналістам переможницю національного конкурсу краси «Перша леді України» Ірину Чайківську, який відбувся у селищі Заозерне, неподалік Євпаторії.

Кожна учасниця конкурсу представляла проект соціально-благодійного спрямування. Ірина Чайківська, зокрема, — «Соціальна адаптація дітей, хворих на цукровий діабет». Для Ірини ця проблема дуже близька — в її родині є хворий на діабет. Ця проблема дуже актуальна й для Тернопільської області. Після конкурсу Ірина отримала кілька пропозицій від модельних агентств, які посприяють їй зреалізувати задумане.

(Прес-служба ТерноДА)



Наталія МАСЛОВСЬКА та Іван СЕНІВ навчаються на медичному факультеті



Ольга ДРАТВІНСЬКА, студентка фармацевтичного факультету

ОБ'ЄКТИВ

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ

НОТАТКИ ІЗ СИМПОЗИУМУ «ІМУНОПАТОЛОГІЯ ПРИ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ» І VI УКРАЇНСЬКО- ПОЛЬСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ: ПАТОФІЗІОЛОГІЯ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ»

24-25 вересня в НОК «Черво-на калина» ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського відбулися науковий симпозиум та конференція з участю провідних вітчизняних і зарубіжних фахівців.

Виступи були надзвичайно цікавими, як і дискусії з приводу обговорюваної тематики. Зокрема, загальну увагу привернула доповідь професора кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фізіотерії ТДМУ Леоніда Грищука «Алгоритм надання невідкладної допомоги при легеневих кровотечах та кровохарканнях».

Зацікавив учасників наукового симпозиуму виступ завідувача кафедри клінічної імунології, алергології та загального догляду за хворими ТДМУ, доктора медичних наук Ігоря Господарського «Сучасні підходи до терапії хворих на ХОЗЛ з урахуванням супутніх імунодефіцитів».

З доповіддю «Вплив стабілізації ендобронхіальних факторів локального захисту слизових оболонок бронхів на ремоделювання дихальних шляхів при ХОЗЛ» виступив професор Івано-Франківського національного медичного університету М. Островський. Про клінічну фізіологію дихання у хворих хронічними обструктивними захворюваннями легень йшлося у доповіді професора Донецького національного медичного університету ім. М. Горького Б. Норейка.

Упродовж наукового симпозиуму його учасники розглянули актуальні питання пульмонології, імунології та фізіотерії, сучасні підходи до терапії хворих на ХОЗЛ, актуальні проблеми туберкульозу і саркоїдозу і всебічно обговорили здобутки й шляхи розв'язання проблемних питань респіраторних захворювань.

З учасниками симпозиуму — членами польської делегації — зустрівся ректор нашого університету, член-кореспондент АМН України, професор Леонід Ковальчук. Замість 15-20 хвилин, як планувалося спочатку, спілкування тривало майже годину і було надзвичайно насиченим інформаційно. Леонід Якимович розповів про здобутки очолюваного ним колективу в процесі навчання студентів, про основні новачки, введені останніми роками. Гостям продемонстрували веб-сторінку університету з лекціями, презентаціями, а також досягнення у впровадженні комп'ютерних технологій у ТДМУ. Все це дуже зацікавило



На передньому плані: Тетяна СЕРЕБРОВСЬКА, координатор українсько-польської школи патофізіології захворювань органів дихання (Київ), та Мечислав ПОКОРСЬКИЙ (Варшава)

польських колег. Кожен міг поставити запитання й взяти участь у дискусії. Спільно намітили план подальшого співробітництва. Зокрема, професор Ян Зейда з Катовицького медичного університету запропонував співпрацю у вивченні захворюваності дітей на бронхіальну астму. Зроблені вже перші кроки, тобто створена спільна комісія з представників Катовицького медуніверситету і ТДМУ. З українського боку керівником цього проекту є професор ТДМУ Ольга Федорців.

Крім представників України та Польщі, до цього проекту приєднуються наші колеги з Білорусі, а також, можливо, з Канади. В планах — вивчення причин захворювання на бронхіальну астму молодших школярів і підлітків. Задля цього проводитимуть анкетування батьків дітей від 6 до 14 років. Передбачено в кожній країні — учасниці проекту — заповнити до шести тисяч анкет. Завдяки проведеним дослідженням можна буде зробити висновки щодо причин виникнення бронхіальної астми саме у дітей. Зацікавила польських колег виставка, на якій була представлена друкована продукція видавництва «Укрмедкнига» нашого університету. В рамках симпозиуму відбулася також презентація книги польського професора Януша Ковальського, перекладена російською мовою, про спірометричні дослідження при легеневої патології. Примірник цього видання подарували ректору нашого університету Леоніду Ковальчуку, частину накладу передали в університетську бібліотеку та презентували практикуючим лікарям.

VI УКРАЇНСЬКО-ПОЛЬСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ

У рамках симпозиуму відбулася VI українсько-польська конференція «Актуальні аспекти захворювання легень: патофізіологія, діагностика, лікування». Зорганізують її щороку в Польщі і в Україні по чергово. Співкоординаторами польсько-української робочої групи є професор Януш Ковальський з Варшави та провідний науковий співробітник Інституту фізіології ім. О.О. Богомольця НАНУ, д.б.н., академік МАН Тетяна Серебровська. Ось що розповів співорганізатор проекту, професор ТДМУ Леонід ГРИЩУК:

— 2004 року група дослідників та лікарів з України за запрошенням організаційного комітету 28-го конгресу Польського товариства фізіопульмонологів стали учасниками форуму. Головною рушійною силою ініціативи було велике бажання встановити тісне співробітництво між польськими та українськими науковими дослідниками й лікарями, розпочати обмін досвідом у науковій роботі і клінічній практиці та, врешті-решт, більш впливово допомагати пацієнтам, що відчувають однаковий біль і страждають від однакових хвороб по обидва боки польсько-українського кордону.

У рамках конгресу було зорганізовано спеціальний семінар, на якому виступили співробітники провідних українських інститутів (таким, як Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця НАНУ, Інститут геронтології АМНУ, Київська академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Донецький державний медичний університет, Тернопільська дер-

жавна медична академія) та польських закладів (Національний дослідницький інститут туберкульозу та легеневих захворювань, Дитячий меморіальний інститут здоров'я у Варшаві, Варшавська медична школа, медичний університет в Лодзі).

Протягом наступних зборів польських і українських ентузіастів співробітництва було підготовлено лист наміру, де, зокрема, сказано: «Учасники першого польсько-українського семінару з патофізіології дихання, зорганізованого в рамках 28-го конгресу Польського респіраторного товариства фізіопульмонологів, що відбувся у Лодзі 22-25 вересня 2004 року, вирішили зорганізувати польсько-українську робочу групу з проблем дихання. Ідея цієї робочої групи полягає в стимулюванні співробітництва польських і українських наукових працівників і лікарів, щоб поповнювати знання та клінічний досвід у галузі патофізіології дихальної системи. Обмін теоретичним і клінічним досвідом буде вельми корисним для студентів і лікарів, які спеціалізуються в цій галузі та допомагають боротися з розладами дихальної системи по обидва боки кордону».



Леонід ГРИЩУК, професор (ТДМУ)

Лист підписали доктори наук Тетяна Серебровська та Ірина Маньковська з Інституту фізіології НАНУ, доктор наук Валерій Шатило з Інституту геронтології АМНУ, професор Рустем Абизов з Київської академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, доктор наук Ігор Зінкович з Донецького державного медичного університету і професор Леонід Грищук з ТДМУ. З польської сторони лист підписали проф. Януш Ковальський, доцент Ганна Добровольська і доктор Тадеуш Зельонка з Варшавського відділення Польського товари-

ства легеневих захворювань, проф. Д. Новак, керівник лабораторії клінічної патофізіології медичного університету в Лодзі, та доцент Піотр Гутковські, керівник відділення легеневої функції Дитячого меморіального інституту здоров'я у Варшаві.

Лист наміру був обговорений на пленарному засіданні Польського товариства легеневих захворювань і прийнятий голосуванням генеральної асамблеї товариства. Водночас, польсько-українська робоча група увійшла до структури організації Товариства. Ко-



Ігор ГОСПОДАРСЬКИЙ, співорганізатор конференції, доктор меднаук (ТДМУ)

ординаторами робочої групи стали провідний науковий співробітник, доктор біол. наук Тетяна Серебровська з Інституту фізіології ім. О.О. Богомольця НАНУ та професор Януш Ковальський з Варшавського відділення Польського товариства легеневих захворювань. Концепція польсько-українського співробітництва була також підтримана польськими та українськими членами Європейського респіраторного товариства (доктором Джоаною Хоростовською-Винніком та академіком Юрієм Фещенком).

Програма польсько-української робочої групи має три основних напрямки:

- Організація щорічних науково-практичних семінарів та симпозиумів як в Польщі, так і в Україні.
- Обмін студентами та молодими спеціалістами, стажування на робочих місцях в інститутах і медичних закладах обох країн.
- Започаткування та впровадження мульти-центрових наукових програм у Польщі та в Україні.

Першим кроком у реалізації задуму став українсько-польський симпозиум, зорганізований в Києві польсько-українською робочою групою з проблем дихання в співробітництві з членами Європейського респіраторного товариства та багатьма видатними вченими, лікарями обох країн. Головна ідея зборів — поширення та порівняння нашого досвіду в широкій галузі питань, пов'язаних з респіраторними захворюваннями, — від фундаментальних досліджень до клінічної практики. Це дало змогу привернути увагу до нашої справи як вчених, так і практикуючих лікарів. Основні лекції, що увійшли до програми кожної секції симпозиуму, відображали новітні тенденції в патофізіології дихання, а також у діагностиці та лікуванні легеневих захворювань.

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ

НОТАТКИ ІЗ СИМПОЗИУМУ «ІМУНОПАТОЛОГІЯ ПРИ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ» І VI УКРАЇНСЬКО- ПОЛЬСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ: ПАТОФІЗІОЛОГІЯ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ»

Симпозіум надав чудову можливість для творчого обміну досвідом між представниками фундаментальної науки та практичних лікарів, а також зміцнив контакти між двома сусідніми державами. Розвиток діалогу та інтелектуального співробітництва є найкращим шляхом для подальшого розвитку процесу європейської інтеграції.

Додам, що третє засідання українсько-польської конференції провели в Ополе (Польща), четверте – у Донецьку, п'яте – у Катовіце і ось тепер, шосте, у нас.

Учасники форуму побували на кафедрі анатомії морфологічного корпусу нашого ВНЗ, відвідали також інститут медсестринства, де оглянули корпуси, комп'ютерні та інші класи. В рамках культурної програми зорганізували екскурсію до старовинного Збаража з відвідинами фортеці. Для іноземних гостей всі екскурсії проводили англійською або польською мовою.

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

Пропонуємо читачам газети фрагменти виступів деяких учасників форуму.

ОБСТЕЖЕННЯ ДИТЯЧОЇ АСТМИ – СУДЖЕННЯ ТА МЕТОДИ

**Ян ЗЕЙДА,
професор Катовицького
медуніверситету (Польща)**
Нині багато дітей страждають на астму. Та діагноз астми не ставлять через утрудненість його постановки. Тому багато хлопчиків і дівчаток потерпають від цього захворювання і не отримують відповідного догляду. Протягом останніх років захворюваність дітей зросла, саме тому проводили різноманітні скринін-

ги для визначення дітей, які хворіють.

Для лікування астми потрібно знати її етіологію та симптоми. Основними етіологічними факторами є несприятливі фактори навколишнього середовища, пилок деяких рослин, куріння, кліщі і т.п. Але наразі ці фактори дуже важко усунути, адже вони є дуже глобальними. Тому кращим є усунення симптомів астми у дітей, у яких вже вони є. Для цього потрібно знайти хороший метод обстеження для постановки діагнозу. Саме тому було проведено дослідження.

Основними методами скринінгу були: анкетовані опитування, фізикальні тести. Для дослідження обирали дітей 6-12 років. Вони були поділені на різні групи: «Без респіраторних симптомів» та «З респіраторними симптомами». Обидві групи були обстежені двома методами скринінгу.

В обстеженнях брали участь 415 дітей. Результати показали, що при фізикальному обстеженні дітей з групи 349 дітей були класифіковані «Без астми» і 29 асмаічні діти. Хоча батьки 37 дітей не погодилися з обстеженням через складну методику. З них «Без респіраторних симптомів» були 3,6%, «З респіраторними симптомами» – 10,9% раніше не діагностовано астми.

При анкетуванні результати показали, що цей метод є кращим завдяки його доступності, якості та тому, що його вартість порівняно дешева.

ЗОВНІШНЯ ГІПОКСІЯ НА ВИСОКОГІР'І

**Отто АППЕНЗЕЛЛЕР,
професор (Альбукерк, США)**
Вважають, що низький рівень кисню в оточуючому повітрі став причиною вимирання багатьох видів майже 250 мільйонів років тому. Нині 140 мільйонів людей живуть і працюють на високогір'ї в умовах зовнішньої гіпоксії. Гіпоксія є важливою в патогенезі багатьох захворювань на рівні моря.

Наведу дані про адаптованих і неадаптованих до гіпоксії жителів високогір'я, які страждають на хронічну гірську хворобу (ХГХ), про значимість цих досліджень для клінічної практики та деякі приклади з експериментів з адаптованими до гіпоксії організмів.

Дослідження проводили в клініці на рівні моря, в Андах (4400 м), на Тибетському плато (4500 м), на Ефіопській височині (3600 м) та в лабораторії на рівні моря.



Отто АППЕНЗЕЛЛЕР

Ми виявили:

1. Периферична нейропатія в пацієнтів з ХОЗЛ нагадує периферичну нейропатію при ХГХ в Андах.

2. Є ознаки анатомічної адаптації до життя в горах у постійних мешканців високогір'я.

3. Відмічається недостатність генної експресії при вторинних мігранях у жителів високогір'я.

4. Є ознаки недостатності генної експресії у пацієнтів з ХГХ в Андах і Гімалаях.

5. Знайдені біомаркери пізнього розвитку ХГХ у нормальних дітей, чії батьки страждають на ХГХ.

6. Є зміни кровотоку до мозку, що сприяє виживанню на височині в умовах Східно-Африканського плато.

7. Є зміни, пов'язані з переміжною гіпоксією генної експресії в дрозофіл, які відрізняються від таких, що були викликані постійною гіпоксією, що може мати важливе значення щодо періодичних гіпоксичних тренувань.

Взяті разом ці дослідження вказують на важливість вивчення природного експерименту, яким є життя на височині, для клінічної практики на рівні моря.

СПІРОМЕТРІЯ ТА ПЛЕТИЗМОГРАФІЯ ЯК НЕВІД'ЄМНІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЛЕГЕНЬ

**Піотр ГУДКОВСКИ
(інститут туберкульозу у
Варшаві)**

Спірометрія та сплетизмографія – невід'ємні методи обстеження при захворюваннях легень. Вони є додатками один до одного і, якщо один з них не виконується, поставити діагноз

неможливо. Лише поєднання двох методів дає можливість поставити коректний діагноз.

Обструкція дихальних шляхів. Важливо зазначити, що спірометр 150 років тому винайшов Хатчінсон. Обстежували пацієнтів з малою життєвою ємкістю легень. Наступником був Тіффно, який винайшов метод обстеження, що ґрунтувався на вимірюванні об'єму форсованого видиху на першій секунді, починаючи з максимальної точки вдиху. Зниження рівня нижче 70% доводило хронічне обструктивне захворювання дихальних шляхів.

Важливо зазначити, що вимірювання модерним електронним спірометром базуються на пневматограмі з комп'ютерним аналізом при максимальному видиху. Також варто зауважити,



Піотр ГУДКОВСКИ

що при максимальному видиху в пацієнта можуть виникнути несправжні бронхоспазми, які провокують постановку неправильного діагнозу. Саме тому потрібно виконувати плетизмографію, яку проводять при нормальному диханні.

Іншим важливим аналізом при спірометрії є аналіз легеневого об'єму. Здебільшого досліджують життєву ємкість легень. Зниження ЖЕЛ буває в пацієнтів з фіброзом легень або в післяопераційному періоді, а також у пацієнтів з анатомічними та функціональними особливостями. Саме тому для уточнення діагнозу використовують сальбутамол. Якщо після його використання збільшується ЖЕЛ, то маємо справу з функціональними змінами. Але, на жаль, сальбутамол-тест можливо використовувати лише в рідкісних випадках. Саме тому для уточнення діагнозу застосовують плетизмографію.

Результати показують що 40%

пацієнтів з діагностованим хронічним обструктивним захворюванням легень потребують додаткового дослідження за допомогою плетизмографії для уточнення діагнозу. Зрештою, можливо використовувати лише один метод обстеження – спірометрію чи сплетизмографію для постановки діагнозу.

НЕІНВАЗИВНА МЕХАНІЧНА ВЕНТИЛЯЦІЯ ЛЕГЕНЬ ПРИ ЗАГОСТРЕННЯХ ХОЗЛ

**Войцех БАРГ
(м. Вроцлав, Польща)**

За даними ВООЗ, майже 80 мільйонів землян страждають від ХОЗЛ і в найближчі 10 років ця цифра збільшиться на 30 %.

Відповідно до стандартів GOLD, схеми медикаментозного лікування ХОЗЛ у фазах ремісії та загострення чітко врегульовані. Щодо пацієнтів із загостренням, то донедавна остаточним розв'язанням проблеми гіпоксії у них було застосування інтубації трахеї та ШВЛ. Дослідження останнього часу доводять, що втома дихальної мускулатури, яка виникає внаслідок збільшення резистентності дихальних шляхів, зниження комплаєнсу легень і динамічної гіперінфляції, може бути ефективно подолана завдяки використанню так званого двофазного дихання.

Двофазне дихання полягає у створенні позитивного тиску газової суміші під час видиху пацієнта. Як не парадоксально це звучить, але за таких умов вдається досягти покращення альвеолярної вентиляції, зменшити навантаження на респіраторну мускулатуру та внаслідок нормалізації газового й кислотного-основного балансів крові врегулювати роботу дихального центру.

Для оцінки ефективності неінвазивної механічної вентиляції (НІВ) золотим стандартом моніторингу вважають проведення газометрії артеріальної крові, проте з нашого досвіду випливає достатність використання капілярної газометрії та пульсоксиметрії, як значно дешевших та простіших у виконанні методів.

Сучасні ороназальні та назальні маски дозволяють мінімізувати втрати при НІВ і водночас забезпечують максимально можливий комфорт для пацієнта, що підкреслює переваги над інвазивними методами.

Безперечно, НІВ можна використовувати лише за умови збереження свідомості та наявності ковтального рефлексу і вона не може цілком замінити інвазивну вентиляцію в пацієнтів, що потребують реанімаційних заходів. Протипоказами до НІВ можуть виступати травми (у тому числі опіки) обличчя та ВДШ, виснаження пацієнта, нещодавній оперативний втручання на верхніх відділах стравоходу чи лицевій частині голови.

Численні мета-дослідження пацієнтів з ХОЗЛ та наші результати підтверджують, що НІВ виступає методом, який знижує шпитальну летальність при загостреннях ХОЗЛ, суттєво зменшує термін перебування у спеціалізованому стаціонарі чи відділенні інтенсивної терапії.



Ян ЗЕЙДА

СИЛА ВИНОГРАДНОЇ ЛОЗИ

Уперше виноград був культивованим майже шість тисяч років тому в Південно-Східній Азії. А в третьому тисячолітті до нашої ери із сонцесяйних плодів цього фрукту вже робили вино. Китайці використовували дикий виноград, що ріс у горах вже у другому столітті до нашої ери, а пізніше почали імпортувати домашні вина з центральної Азії. Вино надзвичайно високо цінували у Стародавньому Єгипті. Для древніх греків воно було обов'язковим атрибутом щоденного життя, а також невід'ємною частиною ритуалів і духовних практик.

АЛХІМІЯ ВИНОГРАДУ

Якщо вірити легенді, то перше, що посадив на горі Арарат Ной після всесвітнього потопу, був виноград. Основоположник медицини Гіппократ вважав, що соковиті ягоди цього фрукту за своїм складом дуже схожі на материнське молоко або мед, ось чому виноград допомагав у лікуванні багатьох захворювань.

Найціннішою складовою винограду є біофлавоноїди, що містяться у м'якшій, шкірці, а особливо у кісточках, – дуже сильні за своїми властивостями антиоксиданти, які нейтралізують шкідливі для нашого організму вільні радикали. Саме завдяки таким антиоксидантам ми не даємо нашому організму можливості стати жертвою таких захворювань, як атеросклероз, ревматоїдний артрит, бронхіальна астма, пухлини та інші.

Крім того, виноградні диво-ягоди містять багато органічних кислот – яблучну, щавлеву, винну, які покращують травлення, нейтралізують токсини, сприятливо впливають на мікрофлору кишківника. Саме ці кислоти активно борються з холестерином, покращуючи жировий обмін.

Грецькі філософи чи не у кожній своїй оповідці підносили у ранг святого як сам виноград, так і вино, яке з нього виробляли. Європейські лікарі, що практикували традиційні методи лікування, й ті використовували виноград та його складові для зцілення від багатьох хвороб. Витяжка з вина лікувала шкіряні захворювання та захворювання очей, а листя застосовували для позбавлення від болю, зупинки кровотеч та при гемороїдальних захворюваннях.

Ще у середні віки виноградом лікували ангіну, вживали при сильному кашлі, «збивали» температуру та пропасницю. Земські лікарі прописували виноградну терапію для лікування меланхолії. Людям з хворими нирками, печінкою та легенями рекомендували родзинки. Промите листя винограду прикладали до ран, аби прискорити їхнє лікування.

Для зняття загальної втоми після

Виноградна лоза живе майже дві тисячі років, а напій, приготовлений з винної ягоди, вчені давно визнали найпотужнішим антиоксидантом. І справді, налита енергією сонця, вкрита ніжною памороззю ягода так і проситься до рота: смакуйте собі на здоров'я. А ще виноград – гарний лікар.

робочого дня, достатньо з'їсти всього кілька ягід. Фруктозу, глюкозу та сахарозу, що містяться у винограді, швидко засвоює організм. Окрім того, виноград містить також мінеральні солі та мікроелементи, аскорбінову кислоту й каротин. Від вашої втоми не лишиться й сліду. А ще виноград незамінний помічник при гіпертонії. Він нормалізує тиск, стабілізує ритм серцевих скорочень.

Кілька років тому лікарі зробили сенсаційне відкриття, яке називають «французьким парадоксом». Виявляється, вживання у розумній кількості червоного вина – чудовий засіб для профілактики та лікування серцевих захворювань у людей з надлиш-

яку міжнародну зацікавленість, і в багатьох країнах почалися дослідження хімічного складу винограду. Проводили дослідження щодо його лікувальних властивостей. Отож, споживаючи виноград, не лише насолоджуємося соковитим чудодійним смаком, а й лікуємося. Існує навіть спеціальний термін – ампелотерапія – лікування виноградом.

Найціннішою складовою винограду є біофлавоноїди, що містяться у м'якшій, шкірці, а особливо у кісточках, – дуже сильні за своїми властивостями антиоксиданти, які нейтралізують шкідливі для нашого організму вільні радикали. Саме завдяки таким антиоксидантам ми не даємо нашому організму можливості стати жертвою таких захворювань, як атеросклероз, ревматоїдний артрит, бронхіальна астма, пухлини та інші.

Крім того, виноградні диво-ягоди містять багато органічних кислот – яблучну, щавлеву, винну, які покращують травлення, нейтралізують токсини, сприятливо впливають на мікрофлору кишківника. Саме ці кислоти активно борються з холестерином, покращуючи жировий обмін.

Цукри, що містяться у винограді, складають чудову альтернативу звичайному продукту цукрового буряка, який вживаємо у величезних кількостях. На противагу йому, виноградні вуглеводи швидко всмоктуються у кров, по суті, не розщеплюючись, і є найкращим харчуванням для нервової системи.

Пектинові речовини, які у великій кількості містяться у винограді, зв'язують та виводять токсичні речовини, іони важких металів, радіоактивні ізотопи.

Кілограм достиглих ягід збагачує організм людини добовою нормою заліза та цинку й половиною добової норми кальцію та магнію. В це досить важко повірити, але за калорійністю кілограм винограду дорівнює тому ж таки літру молока чи кілограму картоплі. До того ж це не «важкі» калорії, що потребують до 6 годин засвоєння. Виноградну енергію досить швидко засвоює організм, вона не відкладається в жирову тканину, а ак-

тивно використовується в життєдіяльності людини.

Отож, якщо ви обожнюєте виноград, але досі вас лякали його високою калорійністю, осінь саме та пора, коли повинні спробувати силу цього чудодійного фрукту на власному організмі. Для початку маєте визначитися в тому, чого хочете досягти за допомогою виноградної дієти. Просто позбутися кількох зайвих кілограмів – обирайте одноденні або триденні розвантажувальні дні. Якщо ж організм потребує більш тотального очищення (а це вкрай необхідно після застосування великих доз ліків, антибіотиків, перебування впродовж тривалого часу в мегаполісі), обирайте семиденний курс відновлення сили.

Основними протипоказаннями такої дієти є загострення хронічних захворювань, спустошення організму та діабет. Основний принцип такої дієти надзвичайно простий – протягом одного або трьох днів харчуємося лише виноградом. Хочете про переваги такої дієти? Французька екологічна асоціація «Жива земля» зорганізувала дослідження, в яких брали участь майже 500 бажаючих провести на собі «виноградний» експеримент. Результати не розчарували – лише 10% опитаних покаржилися на важкість дієти. Інші 90% зізналися, що вона подарувала їм відчуття неймовірної легкості у тілі, почуття спокою, енергію, підвищення розумової активності. Лікарі, які брали участь у дослідженнях, зауважували ефективність виноградної дієти при закрепах та безсонні, причому цей ефект зберігався і після повернення до нормального режиму харчування. Крім того, вона допомогла знизити рівень «шкідливого» холестерину та сприяла загостренню смаку. Дослідження показали, що після курсу очищення виноградом, багато хто з учасників поставився з великою уважністю та переглянув свій щоденний раціон. Причина очевидна: як і після курсу загального голодування, організм перестає відчувати потребу в продуктах-стимулянтах – каві, шоколаді, цукрі. Навпаки – з'являється природне бажання простої, натуральної їжі.



Як і всі монодієти, виноградна має деякі недоліки, які лікарі називають «кризою очищення». Серед побічних ефектів – нежить, невелике підвищення температури тіла, подразнення на шкірі, наліт на язичці, нудота. Застежте, чим більше зашлакований організм, тим гірше самопочуття. Така криза – свідчення того, що організм почав активно виводити шлаки. Аби допомогти тілу очиститися, рекомендується пити більше води, настоїв чебрецю чи розмарину, частіше бувати на свіжому повітрі, відвідати лазню, масаж та зайнятися очищенням шкіри. Все це сприяє активній роботі наших органів виділення. Лікарі запевняють, що на третій день очисної дієти самопочуття має покращитися. У будь-якому випадку, маєте активно та ретельно стежити за своїми відчуттями і в разі чого перервати дієту й правильно з неї вийти.

Одним з основних правил такої дієти є коректна підготовка організму до виноградної дієти. Для цього за два дні до початку маєте забрати з раціону продукти тваринного походження, фастфуд, алкоголь, каву та шоколад. Ефект буде значно сильнішим, а самопочуття значно кращим, якщо попередньо очистите кишківник.

Найкраще займатися ампелотерапією восени, адже саме зараз є всі шанси придбати найсвіжіший та найспіліший виноград. Щодо сортів – краще використовувати білі, зокрема мускат, оскільки темні сорти винограду мають ефект закріпів і більше годяться у випадку діареї. Важливо обрати саме найспіліший виноград та дуже ретельно промивати ягоди перед вживанням.

Підготувала Лілія ЛУКАШ

ОБ'ЄКТИВ



Інга ЯЦИШИН, студентка фармацевтичного факультету (ліворуч); Ольга БРОЛКА та Руслана КЛІТИНСЬКА здобувають знання на медичному факультеті (праворуч)

Фото Ярослава СТАРЕПРАВА



«ДІТИ СОНЦЯ» НА 800 РОКІВ ОБРАЛИ ПЕЧЕРУ «ВЕРТЕБУ»

ЗМОГА ДОТОРКНУТИСЯ ДО МАТЕРІАЛЬНОЇ КУЛЬТУРИ ТРИПІЛЬЦІВ

Давньослов'янське слово «вертеба» означає видолинок, яма, западина. Й справді, ідучи чи їдучи полем одразу ж за Більче-Золотим, і не здогадаєшся, що саме в цій вирві — вхід до печери. Тут у «Вертебі» промовляє історія, що пробралася до нас крізь тривалі тисячоліття. Маємо змогу доторкнутися до матеріальної культури, речей побуту давніх людей. Підземелля законсервувало, зберегло для нас через предмети, через знаряддя праці інформацію про трипільців.

Печера-музей «Вертеба» є відділом Борщівського комунального краєзнавчого музею. Завідувач Олександр Дудар каже, що цю печеру 1822 року допоміг відкрити підстрелений лис. Саме на нього полював тодішній орендар маєтку в Більче-Золотому Ян Хмелецький. Аби дізнатися, що за яма, в яку зумів заховатися поранений звір, магнат наказав селянам узяти лопати і навіть, як пише тогочасний часопис, п'ять літрів вина. З'ясувалося, що підземелля багате на розмаїті знахідки — сліди вогнищ, череп'я, кістки та глиняний посуд. Щоправда, перші археологи та антропологи з Краківської академії наук прийдуть сюди аж через півстоліття й відкриють культуру мальованої кераміки. Через два десятиліття на основі власних розкопок знаменитий Вікентій Хвойка цій неолітичній культурі дасть назву «трипільська». Тим часом «Вертебою» зацікавився новий власник села — князь Леон Сапіга (Сап'єга). Він разом з колегою з антропологічної комісії з Кракова Готфридом Осовським обладнали вхід до печери, пройшли нею в одному напрямку понад вісімсот метрів. Г.Осовський три роки вивчав «Вертебу». Він склав досить точний її план, а також мапу археологічних пам'яток села Більче-Золоте. Серед знахідок науковця були крем'яні сокири, скребки, кістки тварин, ножі й, безперечно, роз-

маїте глиняне начиння, покрите орнаментом. А ще йому пощастило на керамічні фігури людей й кістяну підвіску у вигляді голови бика. Ця прикраса стала емблемою Краківського археологічного музею, куди ще князь Сапіга спорядив валку із знайденими речами трипільців у «Вертебі». Олександр Дудар твердить, що у фондах цього музею є майже 400 цілих посудин різної форми й величини, майже 30 тисяч фрагментів битого посуду, величезна колекція з каменю, кісток, кременю. Недарма ж ще на початку ХХ століття за багатство та збереження стародавніх предметів «Вертебу» назвали «Наддністрянською Помпеєю».

Цікаво, що пластина (амулет) у вигляді голови бика стала й емблемою Борщівського краєзнавчого музею. І це аж ніяк не сліпе прагнення мати щось подібне з археологічним закладом у Кракові. Рівно через сто років після того, як знайшли цю річ у «Вертебі» й передали до польського міста, науковцям з Борщова, які активно працюють з Національною академією наук України, пощастило теж знайти у печері таку ж саму підвіску. Дослідження-розкопки цього підземелля, певна річ, тривають. Олександр Дудар принагідно зауважує, що вони дозволили лише на одній ділянці відшукати вісім кістяних мотик, майже півтонни битого посуду з кераміки, 28 зернотерок. До речі, за годину трипільців міг намолотити на цих зернотерках-млинах лише півкілограма борошна. Віднайшли також три шари трипільської культури й встановили, скільки часу «Вертеба» слугувала помешканням давньої людини. Це — не мало-не багато, а 800 років. Одночасно тут могли проживати чотириста осіб. Сліди Трипілля можна зустріти й на відстані 600 метрів від входу. Отже, стародавні тутешні мешканці без тривалого чи належного освітлення все-таки досить добре орієнтувалися в складних підземельних лабіринтах.

Нині ж печеру-музей зуміли електрифікувати. Інша справа, що сучасного туриста сюди веде,



Діорама в печері-музеї

по суті, ґрунтова дорога. На асфальтівку коштів немає ні в області, ні в державі. Але незважаючи на всі побутові незручності, сюди варто їхати. Бо де ж ще побачиш речі, яким кілька тисячоліть, у непорушеному стані, такими, як залишили їх трипільці. Перше знайомство з «Вертебою» Олександр Дудар починає з величезного, майже дев'ятитонного каменя на підпорах. Дехто з дослідників припускає, що цей моноліт був у стародавніх печерних мешканців об'єктом поклоніння чи обрядовості, а дехто вважає його навіть каменем-капканом. Проходячи далі залами-лабіринтами печери, бачиш потріскані глечики, жбани, інші посуд. А ось в кутку — частина рогу благородного оленя, з якого трипільці виготовляли кістяні знаряддя праці. Під ще одним великим каменем заховався лежанка. Долівка була обмазана глиною. Вуглинка свідчать, що тут горіло вогнище, а отже, дарувало тепло, допомагало зварити їжу.

У залі, який назвали іменем князя Леона Сапіги, діорама відобразила життя трипільців. У далекому кутку чоловік з амулетом у вигляді бика тримає смолоскип. Одна із жінок підтримує вогнище, в іншій — на руках маля. А ось там грає на музичному інструменті, схожому на сопілку, хлопчик. Окрім цього, розмаїтій посуд. Щоправда, не оригінальний. Його виготовив сучасний майстер Богдан Бурмич з гуцульського Косова, свято дотримуючись точних форм, розмірів, орнаменту, що притаманні трипільському начинню. Цікавість викликають, зокрема, біноклевидні посудини. І не лише у відвідувачів, а й дослідників. Знову ж таки одні дотримуються гіпотези, що це предмет, за допомогою якого трипільці проводили під час засуши обряд поїння землі, інші схиляються до думки про його призначення як музичного інструменту чи навіть родинного оберегу.

ХТО ГЕНЕТИЧНО СПОРІДНЕНИЙ З ТРИПІЛЬЦЯМИ

Ще 1891 року антрополог Готфрид Осовський під плитовим

завалом виявив у «Вертебі» чоловіче поховання (25 скелетів). Торішнього літа дослідники розкопали тут понад десять людських черепів, у жіночому навіть була дитяча кісточка, мабуть, як символ материнства, продовження роду. Довкола цих поховань знайшли чимало побитого ритуального посуду, невеличкі цілі прикраси з молюсків, кісток. Людські ж останки, зрозуміло,



Американський науковець українського походження Олексій НІКІТІН

теж не можуть не цікавити сучасних науковців, особливо генетиків. Борщівський краєзнавчий музей має спільний проект з американцями щодо дослідження генотипу трипільця. Займається цим наш співвітчизник, а нині доцент біології університету в Мічигані (США) Олексій Нікітін. Колишній випускник Національного університету ім. Тараса Шевченка, він докторську дисертацію захистив уже в штаті Огайо. Доктора Нікітіна зустрів у робочій формі біля входу до «Вертеби» й зав'язалася розмова.

— Чим захопила вас «Вертеба»?

— Насамперед тим, що є в Україні таке місце, де можна досліджувати старовину не лише українську, а й світову. Це, сподіваюся, дасть нам можливість збагнути, звідки ми прийшли, куди йдемо. Адже з антропологічної та біологічної точки зору у «Вертебі» знаходять останки людей, які жили, щонайменше,

П'ять років тому в селі Більче-Золоте, що в Борщівському районі, відкрили першу й наразі єдину в нашій країні печеру-музей трипільської культури. Нею стала «Вертеба». Сучасні науковці так і не можуть дати відповіді, чому п'ять тисяч років тому трипільці, які називали себе дітьми сонця, були неперевершеними землеробами, мусили впродовж вісімсот років перебувати, критися в темному підземеллі.

п'ять тисяч років тому. Стан їхнього зберігання дозволяє займатися генетичними дослідженнями. З кісток у США виділили ДНК. Щоправда, зробив малу вибірку. Отож мене попереду чекає ще копійка роботи. Проте навіть вже з вивченого матеріалу можу сказати, що трипільці дещо відрізняються від сучасних європейців, але загалом дуже схожі, особливо за певними поняттями. Тому, вважаю, що сюди вони прийшли саме з Європи. Тож важливо знати, як розвивалося людське суспільство на європейських теренах, як біологічні контакти сприяли культурним зв'язкам.

— Що у дослідженнях чи не найбільше здивувало?

— Те, що в одній з кісток, яку знайшов у печері, ДНК нічим не відрізнялося ще від однієї етнічної групи, що десь на вісімсот років старша від найстарших, так би мовити, вертебівських трипільців. Ця популяція жила на теренах теперішньої Іспанії. Як цю спільність пояснити, поки що не знаю. Доведеться робити зразки не лише історичної, а й сучасної генетики. Адже люди тої далекої доби не зникли безслідно, вони мусили десь залишити генетичні сліди. А раптом вдасться таки почастежити, де той слід починається й закінчується.

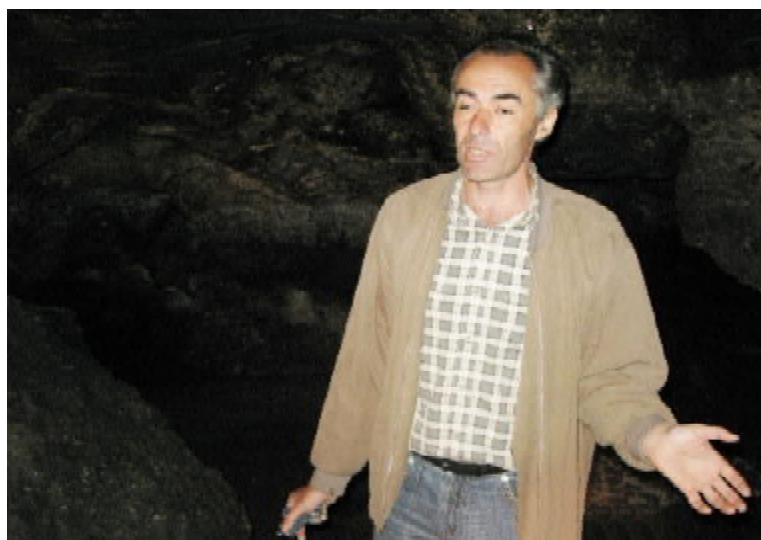
— Кажуть, що трипільці на білому світі жили в середньому 35-40 років. Чи можемо мовити про якісь патології їхнього здоров'я?

— Закінчую аналіз кісток трипільців з «Вертеби». В одній з них знайшов туберкульоз. Навпевно, давалося взнаки погане харчування, вологість у печері.

— Як ставляться американські колеги до ваших досліджень?

— Чесно кажучи, вони радше не розуміють, що я досліджую. Бо не знають, хто такі трипільці. Літературу про трипільську культуру можна прочитати здебільшого українською чи російською мовами, а треба більше популяризувати англійською, аби світ почув про цих славних землеробів. Зараз у наукових виданнях стараюся публікувати власні праці з цієї проблематики українською та англійською.

Микола ВІЛЬШАНЕНКО
Фото автора



Завідувач відділу Борщівського комунального краєзнавчого музею Олександр ДУДАР знайомить з «Вертебою»

ВІДАЄТЕ?

У КОГО СЛОВНИКОВИЙ ЗАПАС БІЛЬШИЙ?

Чоловікам зазвичай здається, що жінки надто багатозначно розмовляють. Вони пояснюють це їхньою природною балакучістю, проте все набагато простіше. Виявляється, словниковий запас жінки більший від чоловічого і вона спроможна висловити більше думок.

Констант Факіх, німецький дослідник, стверджує, що середньостатистична жінка повсякденно користується 23 тисячами слів (тож Еллочка-людожерка зі своїм словниковим запасом — це помилка генетики). Чоловіки вважають достатньою для себе половину такого словникового запасу.

На думку психологів, чоловіки здебільшого мовчазні через те, що їм бракує слів. Можливо, вони дещо скептично ставляться до жіночої балаканини, бо не зовсім розуміють, про що йдеться.

Інше дослідження відкрило ще

один парадокс: виявляється, ввечері, після важкого робочого дня, ліва півкуля мозку чоловіка, яка відповідає за мовні функції, відключається і спочиває. Тому, приходячи з роботи, чоловік здається тільки на рефлекторні дії, як то: поїсти, ввімкнути телевизор,



почистити зуби і впасти в обійми Морфея (виконання «подружнього обов'язку» у такому стані теж можна віднести до рефлекторних дій). А підтримувати діалог зі своєю прекрасною половиною в нього просто не виходить — невеликий словниковий запас разом із блокуванням «зони діалогу» призводять до односкладових відповідей і невиразного мукання. Саме так з наукового погляду можна пояснити нездатність чоловіків увечері чітко висловлювати свої думки і вислуховувати жіночі проблеми.

Наукові аргументи переконують: боротися жінці з рефлексом стомленого чоловіка — марне. І чоловік не схильний спілкуватися не тому, що більше не кохає дружину (звична думка жінки в такій ситуації), а лише через особливість чоловічого організму. Але чоловікам не зайве пам'ятати про те, що дружина — теж людина, і без регулярного та щирого спілкування в родині може настати взаємне відчуження.

ПОРАДИ

МОЛОКО — ДРУГ ОЧЕЙ

Якщо очі подразнені — реакція на косметику, інфекцію, пил — і під рукою немає нічого іншого, промийте очі молоком.

Воно має протизапальні та дезінфікуючі властивості.

Якщо очі втомилися від тривалої роботи за комп'ютером, змочіть два ватні тампони у прохолодному молоці, покладіть їх на очі та полежіть так декілька хвилин. Цей засіб до-

поможе позбутися набряків під очима.

Мінеральні солі, які є в молоці, допоможуть організму довше зберегти вологу, а отже, втамувати спрагу.

Якщо перед самим сном відчуваєте голод, але не хочете порушувати дієти, випийте склянку молока — воно зменшить виділення шлункового соку і не нашкодить фігурі.

Якщо замучила гикавка, знову ж таки поволі випийте склянку холодного молока.

ФОТОВІКНО



Коси-віти розпустили над водою тихою

Фото Миколи ВІЛЬШАНЕНКА

Відповіді у наступному числі газети

СКАНВОРД

				1. Герой повісті М.Гоголя				2. Болінь Ст. Євгіню
3. Роман О.Гончара	4. Слов'янська князь віри	5. Збірка В.Висоцького	6. Укр. пильменник		7. Ведучий "Білої Ворони"	8. ім'я Костенко	9. Побуларний Франц співак	
			10. Слов'янський бог				11. Леонардо Капріо	
12. Драй-	13. Наша праматір	14. Оголошення про виставу	15. Автор "Трьох мушкетерів"		16. Німецький фанк	17. Старо-слов'янська літера	18. Нота	
	19. Дасен	20. Рос. поет		21. Поема Т.Шевченка	22. Біблійний цар	23. Рос. поет		
	23. Роман Г.Тютюнника				24. Іспанський футб. клуб	25. Чоловік Джульєтті		
		26. Один з убивць О.Цезаря					27. Герой п'єси М.Куліша	
28. Хвалений віри	29. Автор "Робінзона на круго"	30. Несчасна мати (миф.)			31. Хайям			
		32. Київський князь			33. Мистецтво	34. Юна Катіана Брунелла	35. Матір богів	
36. Гора, де жив Івішанський				37. "Пісочко" для недоношених				
38. Можливо-владеть	39. Повелитель впрі (миф.)	40. Брат святого Бориса	41. Риба	42. Ромен	43. Трансп. зуб	44. Птах шр. вимер		
		45. Човен Т.Хайєрдала			46. Рос. зурженк		47. Найкращий речовини в певному складі	
48. Вид спорту	49. Радистка Шпретца	50. Літ. жанр		51. Повість О.Куліш			52. "Політ-вороня"	
		53. Герой анекдотів	54. Віршований розмір				55. Чеський наці. герой	

Відповіді на сканворд, вміщений у № 18 (251)

- Коласп.
- Акація.
- Содом.
- Волан.
- Ларі.
- Нут.
- Кумис.
- Лемур.
- Панама.
- Як.
- Мамона.
- Ода.
- Серет.
- Огар.
- Опус.
- Панич.
- Удав.
- Авізо.
- Омега.
- Естамп.
- Рамі.
- Ібіс.
- Азія.
- Сан.
- Куб.
- Лама.
- Барка.
- Три.
- Об.
- Іл.
- Му.
- Бра.
- Уклад.
- Бурса.
- Уличі.
- Віко.
- Аура.
- Колі.
- Лавра.
- Ріпка.
- Луг.
- Су.
- Ва.
- Ринва.
- ЧК.
- АН.
- Сарі.
- Гі.
- Чіпка.
- Буда.
- Марк.
- Іон.

ЦІКАВО

БАЗІКАЙТЕ НА ЗДОРОВ'Я

Базіки й балакуни у сім разів менше схильні до небезпеки інфаркту, ніж мовчуни. Фахівці підрахували: щодня людина повинна говорити не менш ніж 90 хвилин. І що ще цікаво: надмірна балакучість — це й профілактика онкологічних захворювань, отож, базікайте на здоров'я.

ЯПОНЦІ ПАРУЮТЬСЯ ЗА ГРУПОЮ КРОВІ

Багато хто з японців вірить, що в коханні щастить лише з тією особою протилежної статі, яка має відповідну... групу крові. А «теоретики» цього «вчення» запевняють, що, згідно з групою крові, людей можна характеризувати приблизно так:

I група. Найкращі риси: честолюбство, сексуальна привабливість. Це люди з широким світоглядом, незлопам'ятні, спортивні, міцні, незаперечні лідери. Найгірші їхні риси: нахабство, черствість, жадібність, інфантильність.

II група. Найкращі риси: готовність до співпраці, прагнення до досконалості в роботі, надійність, пунктуальність. Найгірші риси: конформізм, сконцентрованість на собі, психопатичність, надмірна вимогливість у дотриманні пристойності, чистоті.

III група. Найкращі риси: любов до тварин, високий творчий потенціал, захопленість. Серед представників цієї групи є немало чудових кухарів і блискучих художників-модельєрів. Найгірші риси: забудькуватість, безвідповідальність, лінкуватість, схильність скидати авторитети.

IV група. Найкращі риси: здо-

ровий глузд, вміння тримати себе в руках, здатність співчувати. Серед представників цієї групи є багато добрих лікарів і психіатрів. Найгірші риси: нерішучість, байдужість, злопам'ятність, непостійність, схильність зраджувати друзів і коханих.

НАУКА ПІДТВЕРДИЛА ЦІЛЮЩУ СИЛУ ПОЦІЛКУНКУ

Якщо ви любите цілуватися, вам не загрожує ні стреси, ні тим паче — хвороби. Закохані це знають напевне, а віднедавна їхню певність підтвердили й учені. Фахівці Монреальського університету, що в Канаді, переконливо довели, що пристрасний поцілунок, сповнений любові, перешкоджає утворенню гормонів стресу й тривоги. А медики-практики іноді навіть наполегливо рекомендують своїм пацієнтам, які страждають від високого тиску й цукрового діабету, частіше цілуватися.

Канадських колег підтримали німці: вони теж радять долати больовий синдром... поцілунками. Згадаймо, в дитинстві саме так заспокоювали біль наші матусі, й порадіймо, що цілюща сила поцілунку відтепер підтверджена наукою.

Ще одна гарна новина: дослідження американських науковців засвідчили, що від поцілунку навіть зморшки на обличчі розгладжуються й пришивиджується обмін речовин, тобто відбувається таке бажане для багатьох схуднення. Дослідники підрахували, що під час поцілунку спалюється 3,8 кілокалорії і залучено майже 40 ліцевих м'язів. Тож якщо хочете бути здоровими і красивими — цілуйтеся!