

МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

№ 3 (284)
ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ
11 лютого 2011 року



ОГОЛОШЕННЯ

Відповідно до п. 15 «Порядку ліцензування діяльності з надання освітніх послуг», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 8 серпня 2007 року № 1019 «Про ліцензування діяльності з надання освітніх послуг»,

державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

ПОВІДОМЛЯЄ

про проведення процедури збільшення ліцензійного обсягу підготовки фахівців за напрямом підготовки 1201 «Медицина» за спеціальністю 7.12010001 «Лікувальна справа» освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» з 400 осіб до 500 осіб денної форми навчання шляхом перерозподілу наявного ліцензійного обсягу.

**ПЕРЕДПЛАТИТЬ
ГАЗЕТУ**



ПЕРЕДПЛАТНА ЦІНА

на один місяць – 5 грн 55 коп;
на три місяці – 16 грн 65 коп;
на півріччя – 33 грн 30 коп.
Передплатити газету можна у будь-якому відділенні зв'язку

ІНДЕКС 23292

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ



Марія НЕЧАЙ, студентка медичного факультету

У НОМЕРІ

Стор. 3

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ОБГОВОРИЛИ ЗА «КРУГЛИМ СТОЛОМ» У ПАРЛАМЕНТІ



У Верховній Раді з ініціативи Молодіжної професійної спілки України й за підтримки народних

депутатів відбувся «круглий стіл» на тему «Соціально-економічні проблеми студентської молоді в Україні». Народні депутати, лідери студентського самоврядування та фахівці в галузі освіти обговорили виконання законодавства нашої країни у галузі вищої освіти та захисту прав і свобод студентської молоді. Запрошення взяти участь у цьому заході отримали й представники студентської молоді ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського – студенти медичного факультету Максим Герасимюк та Андрій Буряк.

Стор. 8

САНЕПІДСЛУЖБА ТЕРНОПІЛЬЩИНИ ПІДБИЛА ПІДСУМКИ РОБОТИ ЗА 2010 РІК



«Легше уникнути небезпечних хвороб, аніж шукати засоби проти них», – така думка прозвучала рефреном на підсумковій колегії державної санітарно-епідеміологічної

служби області. А ще мовилося про поліпшення санітарно-епідеміологічного забезпечення краю, удосконалення кадрової діяльності, зміцнення матеріально-технічної бази. Також були визначені пріоритетні завдання діяльності служби на нинішній рік. У засіданні взяв участь начальник головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації Михайло Буртяк.

НОВИНИ

ОБГОВОРИЛИ УРЯДОВИЙ ПРОЕКТ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

На базі Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського провели засідання міжвідомчої комісії з реформування, структуризації медичної галузі та вироблення концепції розвитку охорони здоров'я в Тернопільській області.

Відбулося обговорення урядового проекту реформування охорони здоров'я області.

Засідання вів ректор Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, член-кореспондент НАМН України, професор Леонід Ковальчук – голова постійної комісії Терно-

пільської обласної ради з питань охорони здоров'я, сім'ї, материнства і дитинства, голова міжвідомчої комісії.

У роботі засідання взяли участь начальник головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації Михайло Буртяк і заступник начальника головного управління охорони здоров'я Любомир Синоверський.

Як зазначив Леонід Ковальчук, загалом бачення реформування галузі в Тернопільській області в уряді збігається з пропозиціями міжвідомчої комісії.

Начальник ГУОЗ Михайло Буртяк повідомив комісію про те, що робота з реформування в області вже триває. Видає наказ про створення центрів первин-

ної медико-санітарної допомоги, призначено керівників.

Під час обговорення було зазначено необхідність внести певні доопрацювання в концепцію реформування галузі області, як-от удосконалення змін у медицині м. Тернополя, завдань шпитальних округів. Зміни в галузі потребують роз'яснень на місцях, обґрунтувань рішень щодо призначення лікарень. Необхідним є і винесення питань реформування охорони здоров'я області на обговорення краян.

Чималу увагу під час засідання комісії було приділено забезпеченню сільських мешканців стоматологічною допомогою, а також зазначено, що значного розвитку і удосконалення отримають приймально-діагностичні відділення.

Члени комісії вносили свої пропозиції щодо доопрацювань певних пунктів проекту. (Прес-служба ОДА)

СТУДЕНТСЬКИЙ РЕФЕРЕНДУМ

Контроль знань студентів – динамічний процес, який треба постійно оптимізувати. Семестрові комплексні тестові іспити є нормою в університетах Європи та визнані одним з найбільш об'єктивних форм контролю рівня знань студентів, що позбавлений впливу суб'єктивного (людського) чинника. Але наші навчальні плани організації навчального процесу за кредитно-модульною системою, на відміну від навчальних планів аналогічних університетів Європи, мають значно більшу кількість навчальних модулів. Відповідно це збільшує навантаження на студентів під час складання семестрових комплексних тестових іспитів та подовжує їх тривалість. Надмірне навантаження не дає можливості студентам повною мірою показати свій рівень знань, а тривалий термін складання іспиту призводить до значної розумової втоми. Тому за ініціативою ректора ТДМУ, члена-кореспондента НАМН України, проф. Л.Я. Ковальчука питання щодо удосконалення складання семестрових комплексних тестових іспитів було винесено на розгляд вченої ради університету. Результатом обговорення питання щодо удосконалення проведення семестрових комплексних тестових іспитів стало одностайно прийняте рішення про те, щоб під час кожного іспиту студенти складали не більше восьми модулів. Тож

Всього голосувало		Підтримують поділ проведення єдиного комплексного іспиту на 2 частини	Не підтримують поділ проведення єдиного комплексного іспиту на 2 частини	Недійсні бюлетені	
Медичний факультет	I курс	242	230 (95,05%)	12 (4,95%)	-
	II курс	257	238 (92,6%)	13 (5,06%)	6 (2,34%)
	III курс	201	192 (95,52%)	8 (3,98%)	1 (0,5%)
	IV курс	191	97 (50,78%)	92 (48,16%)	2 (1,06%)
	V курс	209	197 (94,25%)	10 (4,78%)	2 (0,97%)
	VI курс	159	128 (80,5%)	31 (19,5%)	-
Всього		1259	1082 (85,9%)	166 (13,18%)	11 (0,92%)
Стоматологічний факультет	I курс	105	99 (94,28%)	6 (5,72%)	-
	II курс	113	103 (91,15%)	10 (8,85%)	-
Всього		218	202 (92,66%)	16 (7,34%)	0
Фармацевтичний факультет	I курс	50	50 (100%)	0	-
	II курс	53	52 (98,12%)	1 (1,88%)	-
Всього		103	102 (99%)	1 (1%)	0
Факультет іноземних студентів					
Медичний факультет	I курс	165	145 (87,8%)	20 (12,2%)	-
	II курс	54	47 (87%)	7 (13%)	-
	III курс	46	38 (82,6%)	8 (17,4%)	-
	IV курс	19	15 (78,9%)	4 (21,1%)	-
	V курс	15	13 (86,6%)	2 (13,4%)	-
	VI курс	40	36 (90%)	4 (10%)	-
Фармацевтичний факультет	I курс	11	11 (100%)	0	-
Стоматологічний факультет	II курс	14	13 (92,8%)	1 (7,2%)	-
Всього		364	318 (87,36%)	46 (12,64%)	-
Всього по університету		1944	1704 (87,65%)	229 (11,75%)	11 (0,6%)

згідно з прийнятим вченою радою рішенням більшість іспитів навчально-науковий відділ незалежного тестування знань студентів поділив на дві частини. Це дозволило скоротити час проведення іспиту до чотирьох годин і менше. Після двох годин іспиту студентам екзаменаційна комісія

оголошує перерву на 20 хв., а порядок складання іспиту залишився попереднім. Після складання першої частини семестрового комплексного тестового іспиту студентам надається ще три дні на підготовку до його другої частини. Треба зауважити, що розклад складання іспитів

розрахований так, щоб студенти всіх курсів і факультетів завершили сесію не пізніше 30 грудня та встигли доїхати своєчасно на святкування Нового року й Різдва Христового.

Аби з'ясувати думки студентів (навчання яких здійснюється за кредитно-модульною системою

організації навчального процесу) щодо доцільності поділу тестового семестрового іспиту на дві частини, після семестрових тестових іспитів відповідно до наказу ректора від 19 січня 2011 року за № 32 провели всеуніверситетський референдум. Комісія у складі голови комісії, доц. Г.А. Крицької та членів комісії, доц. Д.Б. Коробко, асистентів Н.В. Чорній, А.В. Гантімурова, Н.І. Броньцької повинна була забезпечити лише підготовку (бюлетені для таємного голосування, схему протоколу лічильної комісії та графіки проведення референдуму в лекційні дні). Студенти проводили референдум в лекційній аудиторії, обирали лічильну комісію і за результатами таємного голосування заповнювали протоколи засідання лічильної комісії та оголошували результати в аудиторії відразу ж після голосування.

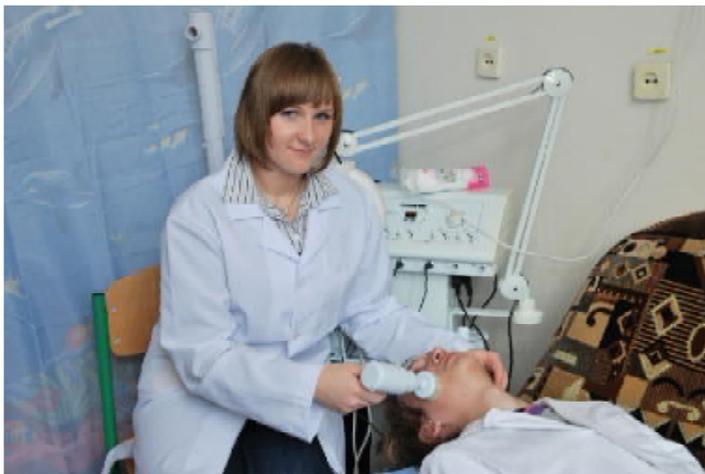
Результати проведення студентського референдуму щодо методики проведення семестрового тестового іспиту наведені в таблиці.

Отже, 87,65 % студентів підтримують поділ проведення єдиного комплексного семестрового іспиту на дві частини.

Результати референдуму були винесені на обговорення та їх затвердила вчена рада університету 08.02.2011 року (протокол № 9) та студентська рада університету 09.02.2011 року (протокол № 137).

Отже, методика поділу проведення єдиного комплексного семестрового іспиту на дві частини проводитиметься й надалі.

ОБ'ЄКТИВ



Любов ДУМАК, студентка фармацевтичного факультету (ліворуч); Тарас МІЛЯН, Мар'яна ВЕЛИГАН, Ганна КОС, Оксана ГАРАК, студенти стоматологічного факультету (праворуч)
Фото Андрія ВОЙНИ



АКТУАЛЬНО

ПРО ЕПІДСИТУАЦІЮ З ЗАХВОРЮВАНІСТІ КРАЯН НА ГРИП І ГРВІ

Минула перша декада лютого – місяця, в якому за час багаторічних спостережень реєструвалася найвища захворюваність на грип та ГРВІ. Аналіз захворюваності з 1998 року показує, що епідемії грипу реєструвалися в лютому 1999 року, 2001 року та в лютому 2007 року.

Що ж чекати від лютого 2011 року? Розповідає Головний державний санітарний лікар Тернопільської області Степан ДНІСТРЯН:

– Після січневого «традиційного» зниження захворюваності на грип та ГРВІ, що було пов'язане з Новорічними та Різдвяними канікулами, захворюваність повільними темпами зростає.

Так, за 5 тиждень (31.01.-06.02.11р.) в області зареєстровано 3542 випадки ГРВІ, що складає 32,6 на 10 тис. нас. і на 6,7%, більше,

ніж за попередній тиждень. Дещо зростає питома вага захворюєлих дітей від 0-18 років – з 54,0% до 59,7%, та питома вага школярів – з 27,1% до 28,2% за 5 тиждень. Шпиталізовано за тиждень 212 осіб, у т.ч. 126 дітей.

В області епідопори не перевищені, захворюваність станом на 07.02.2011 року складає 33,0 вип. на 10 тис. нас. при епідопори для 6 тижня 83,1% (показник захворюваності на 60,3% нижчий епідопору).

Епідемічні порогови не перевищені в районах області та м. Тернополі.

Закритих шкіл, шкіл-інтернатів, вищих навчальних закладів та дошкільних закладів з приводу захворювань на грип та ГРВІ немає.

Щоденно проводиться лабораторний контроль з виявлення збудників грипу. За січень-лютий 2011 року вірусологічна лабораторія облСЕС провела 181 дослідження методом полімеразно-ланцюгової реакції – підтверджено 9 випадків грипу «В». За допомогою інших методів лабораторних досліджень проведено 1660 досліджень, з них позитивних резуль-

татів – 76, у т.ч. виявлено в носоглоткових змивках в 7 випадках – збудник сезонного грипу «А», в 18 випадках – грип «В» та в 31 випадку інші грипоподібні віруси захворювання.

Якщо взяти до уваги, що в період епідемії 2009 року перехворіло на грип та ГРВІ – 6,9% краян, щеплено проти грипу в епідемію 2010-2011рр. – 18 306 осіб, а також циклічність захворювання грипом (через 1-2 роки), то епідемія в лютому цього року якщо і буде, то помірно інтенсивності.

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

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

Засновники: Тернопільський державний медичний 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.

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ОБГОВОРИЛИ ЗА «КРУГЛИМ СТОЛОМ» У ПАРЛАМЕНТІ

— Розглянули чимало актуальних проблем, зокрема, розвитку студентського самоврядування. Йшлося й про обґрунтованість вартості навчання у вищих навчальних закладах, стан студентських гуртожитків, забезпечення молоді першим робочим місцем, корупцію в освіті.

Засідання відкрив голова Молодіжної професійної спілки України Антон Дмитрієв. У роботі «круглого столу» взяли участь перший заступник міністра освіти і науки, молоді та спорту України Євген Суліма, народний депутат України Олег Ляшко, інші високопосадовці.

Студенти брали активну участь в обговоренні запропонованих тем. Зокрема, неабиякий інтерес викликала дискусія на тему «Забезпечення молоді першим робочим місцем». Більшість висловлювала переконання, що гарантувати перше робоче місце потрібно, але з урахуванням результатів навчання і потреб молодого фахівця.

Наголошували промовці, що студенти почали набагато активніше брати участь у житті ВНЗ: представники самоврядування входять до складу вченої ради, самостійно вирішують питання поселення в гуртожитки, беруть участь у прийнятті ключових рішень з розвитку навчального закладу.

Я теж був готовий до виступу, щоб розповісти про ліквідацію корупції під час іспитів у нашому університеті.

Розвиток медичної освіти в Україні, завдання, які ставить МОЗ України перед вищими навчальними медичними закладами, вимагають нового підходу до організації навчального процесу в підготовці лікарів і провізорів. Впровадження тестових іспитів у навчальний процес ВМ(Ф)НЗ України сприяє процесам реформування вищої медичної освіти, її демократизації, виконанню заходів МОЗ України щодо боротьби з проявами зловживань та корупції.

Можна з впевненістю заявити, що в нашому ВНЗ корупція під час складання іспитів неможлива. На підставі листа МОЗ України № 139 від 01.06.2006 в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського запровадили як педагогічний експеримент проведення тестування під час семестрових комплексних іспитів та щоденного контролю знань. У впровадженні тестових технологій в ТДМУ спиралися на досвід Віденського медичного університету (Австрія) та університету Південної Кароліни, Апстейт (США), де викладачі університету попередньо стажувалися.

Семестрове тестування в

У Верховній Раді з ініціативи Молодіжної професійної спілки України й за підтримки народних депутатів відбувся «круглий стіл» на тему «Соціально-економічні проблеми студентської молоді в Україні». Народні депутати, лідери студентського самоврядування та фахівці в галузі освіти обговорили виконання законодавства нашої країни у галузі вищої освіти та захисту прав і свобод студентської молоді. Запрошення взяти участь у цьому заході отримали й представники студентської молоді ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського – студенти медичного факультету Максим Герасимюк та Андрій Буряк.

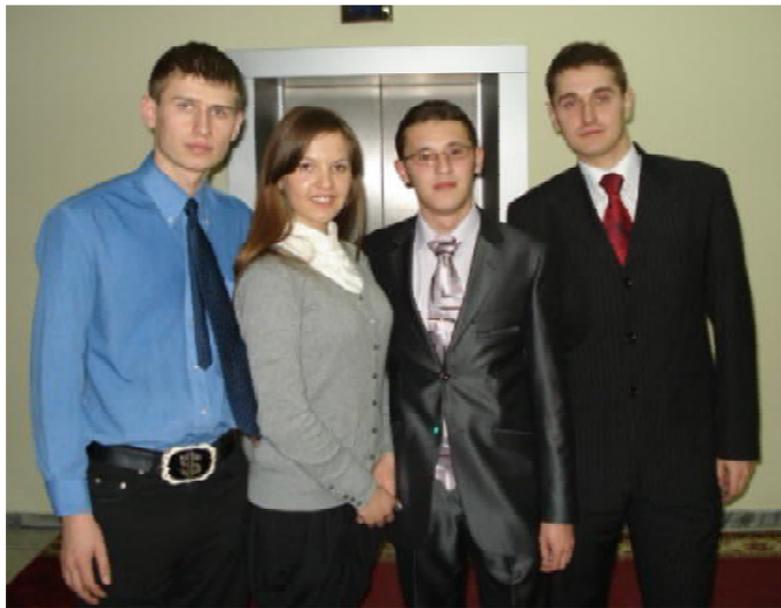
— Які теми порушувалися під час розмови? Яким проблемам приділяли особливу увагу? — запитала в учасника «круглого столу», голови студентської ради ТДМУ, студента п'ятого курсу медичного факультету Максима ГЕРАСИМЮКА.

ТДМУ здійснюють з використанням досвіду Віденського медичного університету — відповіді позначають на паперовому носії, виданому друкарським способом, який відтак сканують. Розшифровують відповіді за допомогою спеціальної комп'ютерної програми.

Вимоги до тестових завдань такі ж, як і до тестів для складання ліцензійних іспитів «Крок»:

кількості годин, що відводять на дисципліну. У кожен варіант для семестрового контролю виносять не менше 24 текстових і графічних тестів та у вигляді ситуаційних задач з кожного модуля, які вивчали під час семестру. Буклети готують напередодні іспиту і в присутності членів комісії опечатають у сейфі.

У день іспиту в присутності комісії конверти з буклетами розпечатують та відповідальний



Учасники «круглого столу»: студенти ТДМУ Максим ГЕРАСИМЮК і Андрій БУРАК (третій, четвертий – праворуч)

- тести повинні бути валідними, тобто відповідати рівню середнього студента;

- на одне запитання наводять п'ять відповідей, з яких потрібно вибрати одну правильну;

- питання повинні бути коректними, щоб не допустити неправильного їх трактування;
- відповіді повинні бути конкретними.

Наразі база текстових питань нараховує понад 500 тисяч, її надалі поповнюють і розширюють.

Семестровий тестовий іспит складають після закінчення семестру.

З кожної дисципліни до семестрового іспиту входять тести, кількість яких повинна бути кратною 12 і пропорційною до

відразу доводять до студентів за допомогою кодів, які відомі лише їм. Далі таблицю передають на інший комп'ютер, де встановлювався зв'язок між кодом і прізвищем студента та формують екзаменаційні відомості. У відомостях враховують поточну успішність, оцінку за іспит і виводять оцінку за модуль із співвідношення 60 % поточної та 40 % екзаменаційної оцінок.

Останнім етапом у проведенні іспиту є розсилання результатів іспиту та повідомлень про перескладання на електронні скриньки студентів.

Друге перескладання проводять за описаним алгоритмом, проте студент складає ті модулі, з яких отримав незадовільні оцінки. Третє перескладання відбувається в присутності комісії згідно з наказом Міністерства освіти України від 02.06.1993 р. № 161.

Створена система семестрового комплексного тестового іспиту виключає можливість будь-якого зловживання та втручання в результати екзамену. Згідно з ухвалою вченої ради університету вперше відсоток правильних відповідей під час складання семестрових комплексних тестових іспитів підняли до державного стандарту (50,5 %), за яким уже 10 років Міністерство охорони здоров'я України здійснює централізований державний контроль за якістю підготовки студентів і випускників медичної та фармацевтичної галузі за допомогою ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок».

Використання комп'ютерної програми при розшифруванні та оцінюванні листків-бланків студентів не допускає контакту студента з викладачами та операторами, які працюють на комп'ютерах;

Всі роботи студентів перевіряє комп'ютер у зашифрованому вигляді, це унеможливорює зовнішнє втручання в роботу комп'ютерної програми оцінювання.

Важливо й те, що перевіряють та оцінюють роботи публічно, в присутності студентів, одразу після завершення екзамену.

Підбиваючи підсумки «круглого столу», Антон Дмитрієв зазначив актуальність і необхідність таких обговорень. За підсумками дискусії озвучено пропозиції до органів державної влади щодо розв'язання пріоритетних проблем студентства та внесення відповідних законопроектів до Верховної Ради України й ухвалено відповідну резолюцію.

Оксана БУСЬКА



Сергій ТРАЧ, студент стоматологічного факультету (вгорі);

Ірина КУЛІВА, студентка медичного факультету (внизу)

Фото Андрія ВОЙНИ



ПРО ОНКОЛОГІЧНУ СИТУАЦІЮ В ОБЛАСТІ

Начальник головного управління охорони здоров'я ОДА Михайло Буртняк розповів про лікування, вчасну діагностику та медикаментозне забезпечення онкохворих. «У краї за минулий рік є незначне зростання онкозахворювань. На 100 тисяч — 310,8 випадків, а 2009 року — 292 випадки, та нині показник у державі становить 331 випадків на 100 тисяч населення, — розповів Михайло Буртняк. — Спостерігається зростання смертності від злоякісних новоутворень — 172,1 випадки на 100 тисяч населення торік, тоді, як 2009 — 167,5 випадків, а загалом по Україні — 178,6 випадків на 100 тисяч населення».

Щоб вчасно виявляти пацієнтів з онкозахворюваннями та надавати їм оперативну допомогу, лікарі планують поновити медичне обладнання та відремонтувати приміщення онкодиспансеру.

«Є завдання мобілізувати медичну мережу, щоб оперативніше виявляти онкохворих, — заявив Михайло Буртняк. — Хочемо відкрити уже цього року відділення хіміотерапії на базі нашого онкологічного диспансеру. На майбутнє розглядаємо можливість реконструкції та будови поліклініки, розташованої при нашому онкодиспансері».

Михайло Буртняк наголосив, що в області треба поновити гамма-терапевтичний апарат для протонної терапії: «Це обладнання вартує 10-12 мільйонів гривень. Вийшли з клопотанням про допомогу в придбанні такого обладнання до Міністерства охорони здоров'я».

(Прес-служба ОДА)

МЕТОДИЧНІ КОНФЕРЕНЦІЇ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ

У Тернопільському медичному університеті з ініціативи проректора з навчальної роботи проф. О.Н. Люльки першу науково-методичну конференцію з питань оптимізації навчального процесу зорганізували рівно чотири десятиліття тому – 9 лютого 1971 р. До того часу проводили хіба теоретичні конференції політичного, філософського або загальнобіологічного змісту. Більшість присвятили ювілейним датам – 40-річчю Великої Жовтневої соціалістичної революції (12 листопада 1957 р.), 50-річчю виходу з друку праці В.І. Леніна «Матеріалізм і емпіріокритицизм» (19 травня 1959 р.), 150-річчю з дня народження К. Маркса (24 квітня 1968 р.) і Ф. Енгельса (25 листопада 1970 р.). Бурхливий розвиток генетики й переоцінка її ролі радянськими науковцями знайшли відображення у двох конференціях: «Проблеми сучасної біологічної науки» (25 квітня 1963 р.) та «Сучасні уявлення про спадковість і їх значення для медицини» (28 січня 1968 р.). Зрозуміло, що ці та інші подібні зібрання не мали прямого стосунку до навчального процесу й лише відбивали заідеологізованість тодішньої освіти.

Щоправда, у збірниках тез VII, VIII і IX звітних наукових конференцій інституту (1965-1967 рр.) можна знайти кілька повідомлень методичного характеру, опублікованих кафедрами іноземних мов і біології. Все ж першочерговим завданням вважали тоді підготовку науково-педагогічних кадрів. У передмові ректора, проф. П.О. Огія до ювілейного видання «10 років Тернопільського державного медичного інституту. 1957-1967» коротко сказано про технічне оснащення практичних занять, перераховано апаратуру, яку використовують не лише в науково-дослідній роботі, а й у педагогічній діяльності. Про інші аспекти навчальної роботи згадки немає. Навіть сам термін «оптимізація» ще не ввійшов тоді у вжиток.

У програмі I науково-методичної конференції з питань оптимізації навчального процесу є всього дванадцять 10-хвилинних доповідей. По суті, всі вони присвячені програмованому контролю знань студентів. У медичних ВНЗ цей метод почали активно впроваджувати з 1969 р., особливо після публікації результатів міжуніверситетського експерименту в журналі «Хроніка ВОЗ». У Тернопільському медінституті найпалкішим прихильником і пропагандистом цього методу став доц. Б.І. Дубчак, завідувач кафедри патологічної анатомії.

На II науково-методичну конференцію, яка відбулася 25 лютого 1972 р., було представлено уже 16 доповідей з дещо ширшою тематикою, але програмоване навчання, програмований

Науково-методичні конференції стали традиційними. Їм відвели важливу роль своєрідного інструмента, за допомогою якого впроваджують нові технології навчання, проводять обмін педагогічним досвідом, намічають перспективні шляхи вдосконалення навчального процесу і підвищення фахової підготовки випускників. Останнім часом у суспільстві сталися радикальні зміни, які наклали відбиток на тактику та стратегію навчального процесу. Зокрема, розширилися співробітництва з профільними закордонними навчальними закладами, збільшилася кількість іноземних студентів у навчальних закладах України. У контексті нових обставин урізноманітнилися тематика, завдання, рівень організації та проведення методичних конференцій, зростає їх роль у до- і післядипломній підготовці спеціалістів.

контроль і самоконтроль все одно займали в ній домінуючі позиції. Програмування визнали тоді одним з найефективніших способів інтенсифікації навчального процесу. Доповідачі поділилися досвідом застосування конструктивного та альтернативного методів контролю з використанням машин «KICI-5» (К.Г. Горшукова, Г.Г. Конопелько), контролюючих машин власної конструкції (Л.І. Богачик), завдань на конструкцію відповідей (Е.Н. Бергер, О.О. Маркова), системи індексів засвоєння (Б.І. Дубчак).

Перспективним напрямком оптимізації навчального процесу вважали його технізацію. На цій конференції було підбито перші підсумки впровадження технічних засобів навчання (ТЗН) – кінофільмів фабричного та власного виробництва (кафедри нервових хвороб, факультетської хірургії, госпітальної терапії), тематичних стендів (кафедри загальної хірургії, госпітальної терапії), телевізійного устаткування й магнітофонних записів лекцій (каф. загальної хірургії).

Новинкою конференції були такі заходи, як виставка технічних засобів навчання, демонстрація навчальних кінофільмів і публікація коротких анотацій доповідей у програмі.

На III конференції (13 березня 1973 р.) знайшли втілення нові модні і, як тоді вважали, ефективні віяння в оптимізації: наукова робота як засіб покращення практичної підготовки випускників (кафедри патологічної фізіології, оперативної хірургії і топографічної анатомії), хронометраж часу викладачів і студентів з метою раціонального розподілу його (кафедри патологічної фізіології, загальної хірургії), впровадження соціологічних досліджень у навчання (каф. біології). У деяких доповідях пролунала стриманість стосовно доцільності безперервного нагромадження фактичного матеріалу (проф. Ю.Т. Коморовський) та надмірної наукової інформації (проф. О.В. Перов).

Все ж лейтмотивом цієї конференції стало узагальнення винахідницької та раціоналізаторської роботи в галузі оптимізації навчання. Кафедри демонстрували прилади і при-

строї власної конструкції: апарати для програмованого контролю і самоконтролю АПК-1 і АПК-2 (каф. інфекційних хвороб), контролюючі прилади «Електро-сигнал» (курс урології) і КВ-2 (каф. факультетської хірургії), портативний дистанційний підсилювач для прослуховування роботи серця (каф. факультетської терапії), аудіо-візуальна установка для запису й відтворення тонів і шумів серця (каф. пропедевтичної терапії), програмований навчальний пристрій з багатоканальними перемикачами (каф. судової медицини), електронно-механічні моделі умовного зв'язку і безумовно-рухового рефлексу (каф. нормальної фізіології), електрифікований стенд-тренажер для вивчення медичної термінології (каф. іноземних мов), просторові моделі комплексних іонів (каф. неорганічної хімії).

1973 р. у Тернопільському медичному інституті ввели інтернатуру. Одна з програмних доповідей IV конференції (19 лютого 1974 р.) присвячена саме цьому питанню. Дуже важливого значення почали тоді надавати ще одній ланці навчального процесу – організації самостійної роботи студентів. Принципи цього педагогічного заходу навчальна частина виклала у спеціальних рекомендаціях, розісланих на кафедри. Самостійній роботі присвятили свої повідомлення проф. М.М. Іщенко (проректор з навчальної роботи), проф. А.А. Герасименко і доц. Ж.М. Ваврик (каф. загальної хірургії), проф. Н.І. Тумашова (каф. дерматовенерології), доц. Г.Г. Конопелько і доц. К.Г. Горшукова (каф. соціальної гігієни і ООЗ). У життя почали входити й інші форми оптимізації – навчально-дослідна робота на практичних заняттях (проф. О.В. Перов і доц. Г.І. Кміт), предметна олімпіада (ас. А.М. Олійник), анкетування студентів (проф. Е.Н. Бергер), раціональний відбір інформації (проф. Ю.Т. Коморовський). Кафедри анатомії людини (зав. – проф. В.Г. Ковешников) і гістології (зав. – доц. І.П. Тюрина) вперше винесли на обговорення проблему міжкафедральної інтеграції викладання навчальних дисциплін.

На тлі загального захоплення програмованим контролем зважено виглядають повідомлення д. мед. н. В.А. Григоряна і д. мед. н. Є.Г. Барби (каф. пропедевтичної терапії), д. мед. н. А.Г. Лепявка і доц. Л.П. Кушнір (каф. факультетської терапії). Вони висловлюють думку про те, що на клінічних кафедрах програмований контроль має допоміжне значення і його слід розумно поєднувати з традиційними методами навчання та контролю. Це були перші ознаки прохолоднішого ставлення до програмування в середині 1970-х років.

Досягнення чотирьох навчальних закладів Тернополя за минулі роки підсумувала міжвузівська науково-методична конференція «Шляхи забезпечення творчої діяльності студентів у процесі навчання», яка відбулася 22-23 листопада 1974 р. в Будинку політосвіти.

Точно таку ж назву має провідна проблема чергової V науково-методичної конференції інституту (18 лютого 1975 р.), тому доповіді інститутської і вже згаданої міжвузівської конференцій багато в чому перегукуються. Друга проблема інститутської конференції – самостійна робота студентів. Наскільки високо підняли тоді цю ланку навчання, можна судити з того, що їй присвячено 18 повідомлень з 30 (60 %). Зате серед представлених доповідей майже відсутні такі, що прямо стосуються програмованого контролю й навчання. Натомість більше уваги приділили науковій (проф. О.О. Маркова, М.Я. Яковенко і В.В. Кушнір) і навчально-дослідній роботі студентів (доц. А.І. Муханов і доц. А.Х. Завальнюк), а також навчання в субординатурі (проф. А.Г. Лепявка і співавт., проф. Л.І. Богачик і співавт., проф. Г.А. Сардак і д.мед. н. М.М. Савула).

Тематика VI конференції під назвою «Формування особистості лікаря» мала виховне спрямування. На обговорення було висунуто моральні, етичні, деонтологічні та психологічні аспекти підготовки спеціалістів, але питання оптимізації на ній не розглядали.

Починаючи з 1976 р., припинили публікацію анотацій доповідей, тому наступні конференції можна охарактеризувати лише в загальних рисах. VII конференція (27 березня 1976 р.) присвятили формам і методам контролю за якістю підготовки студентів до практичних занять. Тематика її була визначена директивним документом Державної інспекції МВССО СРСР «Организация контроля качества подготовки специалистов с высшим образованием» (М., 1974). Кожен кафедральний колектив з власних позицій підійшов до цієї проблеми, але більшість з них побудувала власні повідомлення на ре-

зультатах кількарічного застосування різних методів контролю – машинного та анкетного, конструктивного та альтернативного, лінійного й розгалуженого. Організаційно-методична комісія інституту видала методичні рекомендації з реалізації цього завдання.

Програма VIII конференції «Інтеграція викладання – важлива ланка в навчальному процесі медичного вузу» (3 лютого 1977 р.) містить 21 доповідь, які цілком відповідають тематиці. IX конференцію «Прийом екзаменів – важливий момент в оцінці знань студентів» (19 квітня 1977 р.) зорганізували спільно з філіалом Львівського політехнічного інституту. Співробітники цього ВНЗ зробили три доповіді (В.С. Левонян, А.О. Щербак, С.Т. Шевченко). Темою XI конференції (6 лютого 1978 р.) стала учбово-дослідна робота студентів (УДРС). Завдання, форми та методи цього нововведення було сформульовано ще 1974 р. в Інструктивному листі № 65 МВССО СРСР «О мероприятиях по совершенствованию научно-исследовательской работы студентов, включенной в учебный комплекс высших учебных заведений». Навчально-дослідна робота надовго ввійшла в навчальну практику, пізніше досвід її проведення узагальнено в методичних рекомендаціях. Серед 20 доповідей, що ввійшли до програми XI конференції, лише дві звучать неоднотипно. В них йдеться про значення предметних олімпіад з анатомії людини (проф. В.Г. Ковешников і доц. П.І. Москаленко) і патологічної фізіології (проф. О.О. Маркова і співавт.) у підвищенні пізнавальної активності студентів. А от XIII конференція «Организація, планування, контроль, аналіз і управління навчальним процесом» не відзначалася монотематичністю. Принципи наукової організації навчального процесу виклав ректор, доц. І.І. Гетьман, сучасні вимоги до організації, змісту і методичного рівня навчальних занять – проректор з навчальної роботи проф. І.С. Сміян. Крім звичних питань програмованого контролю, на ній було обговорено багато інших: проміжна атестація (доц. Н.С. Єременко), проблемне навчання (доц. І.Б. Гончаренко), граф логічної структури теми заняття (доц. В.М. Сергета і співавт.), організація соціологічного дослідження (доц. Б.І. Дубчак, ас. І.І. Квік), навчально-дослідна робота студентів (доц. П.І. Москаленко і співавт.), значення методичного кабінету в організації навчання (проф. Л.І. Богачик), роль навчального музею як бази для самопідготовки (доц. І.З. Штабровський і співавт.). У фойє актового залу відбувся огляд-конкурс засобів наочності та оптимізації навчання.

Гор МИСУЛА,
перший проректор,
професор,
Василь ФАЙФУРА,
професор кафедри патологічної фізіології,
Анатолій ПАЛАМАРЧУК,
помічник ректора

ДАЛІ БУДЕ

ЧИ ЗАВЖДИ ПОТРІБНІ ЛІКИ?

Нещодавно на одному з центральних каналів телебачення прозвучало звернення до батьків, діти яких є гіперактивними. Їм пропонували проконсультуватися з лікарем-психоневрологом для призначення специфічного лікування цього розладу. Поміж іншим прозвучала назва препарату – риталін.

Спробую висвітлити своє, лікар-фармаколога з великим стажем роботи, бачення цієї проблеми, виходячи з існуючих світових даних. Принагідно підкреслюю різницю між фармакологом і фармацевтом. Фармацевт – людина з фармацевтичною освітою, має відношення до виробництва та продажу ліків. Фармаколог – лікар, який насамперед навчає студентів дії та правильному використанню лікарських препаратів.

У більшості випадків зусилля медиків у наш час спрямовані на лікування, а не на профілактику хвороб. Більше того, серйозною проблемою, з якою стикнулося останніми десятиліттями населення розвинених країн світу, є так звана медикалізація життєвих ситуацій і, як наслідок – гіпердіагностика та гіперлікування. Яскравим прикладом такого підходу є діагноз «гіперактивний розлад з дефіцитом уваги» (Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD), який набув популярності у дитячій практиці. Він проявляється неуважністю, гіперактивністю, нетерплячістю, непосидючістю, імпульсивністю дитини. Колись подібні розлади розглядали в рамках мінімальних мозкових дисфункцій і зрідка потребували призначення ліків. Та й дотепер ми схильні такі ознаки відносити більше на рахунок індивідуальних особливостей дитини, ніж думати про якість захворювання. Проте нині у світі 3-5 % дітей шкільного та старшого дошкільного віку (6 млн. у США, 17 млн. – в інших країнах)

з приводу гіперактивного розладу з дефіцитом уваги отримують потужні психотропні препарати: риталін (метилфенідат), аддерал (амфетаміну декстроамфетамін) тощо, які мають значну здатність (і це загальновідомо!) спричиняти наркотичну залежність (рис.).

Риталін (метилфенідат, меридил, центедрин) був синтезований 1944 року. Спочатку його доволі обмежено використовували у психіатричній практиці при астеничних станах, підвищеній втомлюваності, нарко-

своєю будовою нагадує природні метаболіти, отже, швидко виводиться з організму. Проте навіть ця сполука викликає залежність від неї, про що добре знає той, хто тривалий час вживає каву. Синтетичні ж стимулятори центральної нервової системи, зокрема метилфенідат, мають значно потужнішу дію, в тому числі здатність провокувати наркотичну залежність.

Навіть у разі використання риталіну за медичним призначенням у середньотерапевтичній кількості, він здатен спричинити

що його використовують як засіб симптоматичної терапії тривалий час. Згодом для досягнення бажаного ефекту дозу препарату необхідно підвищувати внаслідок розвитку толерантності. У таких випадках часто неможливо провести чітку межу між періодом терапевтичного його застосування й розвитком наркозалежності.

Серйозною світовою проблемою стало зловживання риталіном здоровими людьми задля покращання працездатності, інтелектуальної та фізичної активності, в тому числі його нелегальне використання, як допінгу у великому спорті. Лише у США майже 7 млн людей приймають метилфенідат для розваги чи з метою покращення своїх академічних успіхів. Загалом у цій країні споживають 85 % від загального обсягу риталіну, який виробляють у світі. Водночас останні наукові дослідження засвідчують, що при застосуванні цього препарату в мозку відбуваються зміни, аналогічні тим, які спостерігаються при застосуванні такого потужного наркотика, як кокаїн. Та й симптоматика і наслідки зловживання метилфенідатом та іншими засобами стимулюючої дії дуже подібна: виникають ускладнення серцево-судинної системи, безсоння, неприродна, перемінлива, агресивна поведінка, галюцинації, підвищена збудливість, дратівливість, паніка, психоз, паранойя, спроби самогубства. Наркозалежні до нього люди використовують риталін шляхом вдихання чи внутрішньовенно, що призводить до пошкодження легень та очей внаслідок закупорювання дрібних судин. Є також повідомлення про те, що метилфенідат збільшує ризик ракових захворювань. Відповідно до одного з останніх досліджень, у підлітків, які зловживають стимуляторами, ймовірність переходу на героїні зростає у 12 разів, на екстазі – у 14 разів, на кокаїн – у 21 раз.

Таким чином, риталін у тих країнах, де його використовують

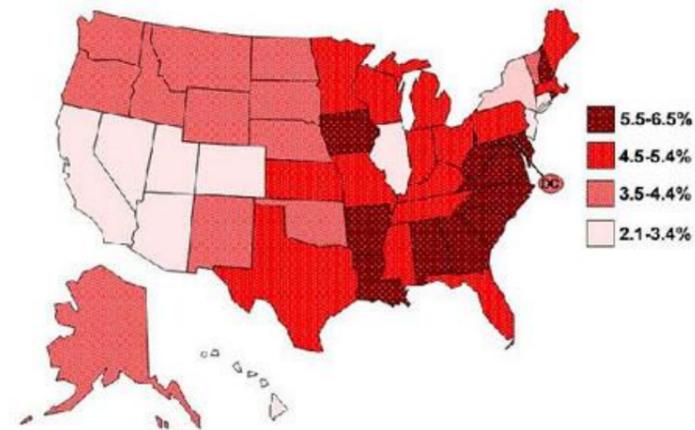
тривалий час, вже давно викликає суперечки щодо того, які ефекти при його застосуванні переважають: корисні чи небезпечні, особливо коли йдеться про його приймання дітьми.

Психіатри і навіть фармацевтичні компанії віднедавна змушені визнати, що подібні ліки, які вільно призначають мільйонам людей, можуть мати тяжкі наслідки для здоров'я та життя людини. Чи справді ці препарати потрібні пацієнтам? Це запитання необхідно розглядати не лише в аспекті медичному, але й етичному. Якщо сильнодіючі небезпечні психотропні агенти призначають тривалий час, як засоби симптоматичного лікування, тим більше дітям, це виходить за межі здорового глузду. Дедалі гучніше звучить точка зору, що препарат риталін – це спосіб знищення особистості дитини, позбавлення ініціативи, перетворення її на слухняного напівробота. Більше того, нині достеменно невідомо, чи справді існує така хвороба, як синдром гіперактивності з дефіцитом уваги. Зокрема, на початку XXI століття наукова конференція національних інститутів здоров'я США визнала, що немає об'єктивних доказів існування цього захворювання.

Проте фірми-виробники подібних ліків й надалі витрачають величезні кошти для просування своїх препаратів на ринок, надаючи не цілком правдиву інформацію про їхні властивості лікарям і пацієнтам.

Складається враження, що прихід на терени України і початок «розкрутки» потужних психотропних препаратів, у тому числі риталіну, насамперед пов'язані з тим, що медична (і не лише!) громадськість розвинених країн світу усвідомила небезпечність їх широкого призначення та почала цьому протидіяти. Україна ж для закордонних фармвиробників залишається справжнім клондайком для збуту своєї продукції. Невже допомагатимемо цьому за рахунок здоров'я наших дітей?!

Катерина ПОСОХОВА,
завідувач кафедри
фармакології з клінічною
фармакологією ТДМУ,
професор



Кількість дітей 4-17 років у США, в яких діагностований Deficit Hyperactivity Disorder і які отримують лікування з цього приводу

лепсії, передозуванні нейролептиків. З 80-х років минулого століття лікарі починають його активно призначати при синдромі гіперактивності з дефіцитом уваги у дітей різного віку. За даними Парламентської Асамблеї Ради Європи, застосування цього препарату у дитячій психіатрії зросло за період 1990-2000 рр. у Великобританії – у 90 разів, у Франції – у 60 разів, в Австралії – у 35 разів, у Мексиці – у 80 разів.

За своїми властивостями риталін є стимулятором центральної нервової системи. До цієї ж групи належить кофеїн, який входить до складу таких широко вживаних напоїв, як кави, чай, кола. Принципова різниця полягає у тому, що кофеїн за

серйозну побічну дію: невротичні розлади, безсоння, розлади апетиту, серцебиття та серцеві аритмії, підвищення артеріального тиску й температури, галюцинації, суїцидальні ідеї, агресивність і насилля щодо тих, хто поруч. Описано випадки раптової смерті дітей, які приймали риталін, при фізичному навантаженні, що може спричинити виникнення фатальної серцевої аритмії та зупинку серця.

Безперечно, одним з найтяжчих побічних ефектів метилфенідату є його здатність спричиняти наркотичну залежність, чому може сприяти його широке використання за медичними показаннями. Особливістю призначення риталіну при гіперактивності з дефіцитом уваги є те,

ОБ'ЄКТИВНО



Алькейсі ШЕЙМА, студентка фармацевтичного факультету (ліворуч);
Тетяна ПОЛІЩУК, студентка медичного факультету (праворуч)
Фото Андрія ВОЙНИ



НЕ МОЖНА РОЗЛАМУВАТИ ПІГУЛКИ

До неправильного дозування може призвести звичка розламувати таблетки. Дослідники з Гентського університету в Бельгії впевнені: про роздільну лінію, яку мають багато пігулок, краще взагалі забути. Вчені попросили добровольців розламати вісім таблеток різного розміру і форми, використовуючи три методи. Цей експеримент показав, що 31% розділених пігулок відрізнялися за дозуванням.

Найбільш адекватний результат давав поділ таблетки за допомо-



Цікаво

гою спеціального пристрою. Однак у 13% випадків помилку все одно фіксували. Препарати, що брали участь в експерименті, прописували від багатьох захворювань, у тому числі від хвороби Паркінсона, серцевої недостатності, тромбозу та артриту.

Пігулки ділять з багатьох причин: щоб зробити дозування «гнучкішим», полегшити проковтування препарату та заощадити гроші, якщо лікар випишує дозу, меншу від тієї, що міститься в таблетці. Між тим, внаслідок розламування пігулки значну кількість активної речовини може бути втрачено. Виробникам слід випускати на ринок більшу різноманітність лікарських форм і дозувань.

75-Й ДЕНЬ НАРОДЖЕННЯ ПРОФ. ВОЛОДИМИРА КОНДРАТЮКА

Моєю філософією життя є чесна щоденна робота. Стараюсь жити сьогоднішнім днем, тому що завтра вже буде пізно, буде щось нове, інше. Час плине дуже швидко, тому треба встигнути якомога більше.

Володимир Кондратюк

Народився В.А. Кондратюк 14 лютого 1936 р. у сім'ї службовців у смт Чорний Острів Кам'янець-Подільської (сьогодні Хмельницької) області. 1946 року щойно батько закінчив Вінницький медичний інститут, сім'я переїхала в Тернопільську область. Закінчивши 1953 року Підволочиську середню школу, Володимир Андрійович вступив до Львівського державного медичного інституту. Вибір санітарно-гігієнічного факультету певною мірою був обумовлений спеціальністю та авторитетом батька, який тоді працював головним лікарем Підволочиської райсанепідстанції.

Успішно закінчивши навчання в інституті, Володимир Кондратюк 1959 року отримав скерування на посаду завідувача паразитологічним відділом Джамбульської обласної санітарно-епідеміологічної станції в Казахстані. Здобувши досвід практичної роботи, В.А. Кондратюк відчув, що для подальшої ефективної самореалізації себе як особистості необхідно продовжити шлях у науку, тому 1961 р. вступив до аспірантури з відривом від виробництва на кафедру загальної гігієни Казахського державного медичного інституту (м. Алма-Ати), після закінчення якої 1964 р. блискуче захистив кандидатську дисертацію на тему: «Санитарно-гигиеническая характеристика рек Чу, Талас и подземных вод их долин как источников питьевого водоснабжения», яка мала і має досі практичне значення для забезпечення водою місцевого населення.

Молодого кандидата медичних наук у грудні 1964 р. прийняли на роботу асистентом кафедри гігієни Актюбинського

Професору кафедри загальної гігієни та екології Володимирові Андрійовичу Кондратюку виповнюється 75 років, але він, як справжній гігієніст, зумів зберегти добре здоров'я та ясний розум. І нині він ще продовжує активно навчати студентів, передає свій багатий досвід молодим колегам, проводить практичні заняття зі студентами та читає їм лекції.

державного медичного інституту, де він і пропрацював майже два роки. У Казахстані Володимир Андрійович зустрів і покочав свою майбутню дружину, теж лікарка, Нелю Григорівну. І все ж дуже хотілося повернутися доеньки України, відтак за першої нагоди Володимир Андрійович уже з дружиною і донькою Оленкою 1966 року приїхали до м. Тернополя, де вже дев'ять років функціонував Тернопільський державний медичний інститут. Після співбесіди з завідувачем кафедри гігієни професором О. В. Перовим і ректором інституту професором П.О. Огієм він був допущений до конкурсу на посаду асистента кафедри гігієни та за його результатами зарахований асистентом. З того часу В.А. Кондратюк постійно працював на різних посадах — спочатку в інституті, потім в академії та в університеті, успішно просуваючись службовими щаблями. 1978 р. його вибрали за конкурсом на посаду доцента кафедри соціальної гігієни і ОЗО з курсом гігієни. Він не задовольнився посадою доцента і далі торував свої шляхи у науці, продовживши наукову працю над докторською дисертацією на тему: «Гигиенические основы регламентации химического состава регенерированной питьевой воды для экипажей летательных аппаратов», яка теж має вагоме практичне значення і захистив її 1990 р. Того року його призначили професором кафедри загальної гігієни (1991 р. йому присвоєно вчене звання професора цієї кафедри), а 1995 р. став її завідувачем. З 2008 р. продовжив працювати професором цієї ж кафедри, а з 2002 р. знову очолив її та керував ще протягом 2 років. З 2004 р. і донині

В.А. Кондратюк працює професором кафедри загальної гігієни та екології нашого університету. 1995 р. його обрали членом-кореспондентом, а з 2000 р. — дійсним членом (академіком) Української екологічної академії наук. Як одного з найдосвідченіших гігієністів України, професора В.А. Кондратюка було призначено експертом ВАК України. Вагомий внесок у народне господарство він зробив, керуючи з 1977 до 1992 року низкою госпрозрахункових договірних робіт з гігієнічного нормування шкідливих хімічних речовин у водоймищах України господарсько-питного користування через їх забруднення стічними водами промислових підприємств. За результатами проведених професором В.А. Кондратюком досліджень було затверджено 25 гігієнічних нормативів вмісту шкідливих речовин у питній воді. Отримані наукові матеріали та ідеї було використано в докторській дисертації Володимира Андрійовича та п'яти кандидатських дисертаціях його учнів. Крім того, завдяки виконанню цих робіт було створено додаткові робочі місця для наукових співробітників. Одна з них, Л.С. Фіра, нині є доктором біологічних наук, професором, завідувачем кафедри фармацевтичної хімії.

Володимир Андрійович бере активну участь у житті колективу. Тривалий час він був членом вченої ради нашого навчального закладу, а зараз є членом консультативної ради університету та вченої ради навчально-наукового інституту фармакології, гігієни та медичної біохімії ім. М.П. Скакуна. Зробив свій внесок професор В.А. Кондратюк і в підготовку науково-педагогіч-



виростив та належно виховав двох доньок — Олену та Наталію. Спочатку вони стали студентами-медиками, а відтак і лікарями. Його старша донька Олена Володимирівна Лотоцька після декількох років роботи у практичній медицині пішла, за прикладом тата, працювати на науково-педагогічну ниву, захистила дисертацію кандидата медичних наук, стала доцентом кафедри загальної гігієни та екології нашого університету і зараз запланувала роботу над докторською дисертацією.

Весь колектив кафедри загальної гігієни та екології, учні

та друзі щиро вітають вельмишановного професора Володимира Андрійовича Кондратюка зі славною ювілейною датою — 75-річчям з дня народження та 45-річчям науково-педагогічної роботи в нашому університеті і щиро бажають міцного здоров'я, бадьорості та активного гігієнічного довголіття, плідної роботи на благо медичної науки та здоров'я українського народу, всього того, що у сукупності називають щастям!

Костянтин ПАШКО, директор ННІ фармакології, гігієни та медичної біохімії ім. М.П. Скакуна, доцент кафедри загальної гігієни та екології.

Ректорат, весь колектив ТДМУ імені І.Я. Горбачевського, вся медична громадськість області щирозсердечно вітають Володимира Андрійовича з 75-літтям, бажають доброго здоров'я, нових творчих здобутків у його благодійній діяльності, добробуту, людського тепла, родинного благополуччя і затишку, щасливого довголіття.

ОБ'ЄКТИВ



Хаді МУСТАФА, студент фармфакультету (ліворуч); Марія СОЙКА, Олеся МОКРІЙ, Наталя ТЕНДОВАЦЬКА, студентки медичного факультету (праворуч) Фото Андрія ВОЙНИ



ПРОФЕСОРУ ІГОРЮ ДЗЮБАНОВСЬКОМУ – 60!

Прорацювавши рік після закінчення школи, 1968 року вступив на перший курс Тернопільського медичного інституту. Швидко промайнуло студентське життя – 1974 року закінчив Тернопільський державний медичний інститут за спеціальністю «Лікувальна справа». Попри це, омріяний фах хірурга потребував додаткового навчання й вдосконалення. Інтернатуру з хірургії проходив на базі Тернопільської обласної лікарні, в хірургічному відділенні, де функціонувала кафедра госпітальної хірургії. Спочатку інтерн, потім ординатор, клінічний ординатор, асистент, доцент. На всіх етапах, формуючись як лікар-хірург, педагог, науковець, відчував підтримку колеґ, усього медичного персоналу і, зокрема, колективу хірургічного відділення та кафедри госпітальної хірургії.

Особливим даром долі стали навчання й робота під керівництвом видатного хірурга європейського рівня – професора Юрія Теофіловича Коморовського. Наполеглива щоденна праця та аналіз її результатів дозволили здібному юнакові 1984 року під керівництвом професора Ю.Т. Коморовського захистити кандидатську дисертацію на тему: «Геріатричні аспекти хірургії виразкової хвороби», а 1992 року за керівництва професора Л.Я. Ковальчука та І.В.Яреми – докторську дисертацію на тему: «Хірургічні способи попередження і лікування демпінг-синдрому залежно від змін регіонарного кровотоку шлунка вегетативно-гормонального гомеостазу».

1992 р. очолив кафедру хірургії факультету удосконалення лікарів. 1995-1998 рр. працював завідувачем кафедри факультетської хірургії, а з 1998 року знову очолив кафедру хірургії, яка була перейменована на кафедру хірургії факультету післядипломної освіти. Проявив новаторський і творчий підхід до організації наукового й навчального процесу, підготовки лікарів-

Дзюбановський Ігор Якович народився 18 лютого 1951 року в селі Ігровиця Тернопільського району. Дитинство його минуло на Зборівщині, в селі Кобзарівка. Там пішов у перший клас. Але батьки-селяни прагнули, щоб діти здобули освіту в Тернополі. На початку шістдесятих років сім'я Дзюбановських переїхала в обласний центр. У другому-третьому класі навчався в школі №9, що на Загребеллі, потім – у загальноосвітній школі №1(тепер-українська гімназія імені І.Франка). Водночас вчився у музичній школі, відвідував учнівські гуртки. Батьки завантажували сина «за повною програмою», привчаючи до системної праці.

інтернів та лікарів-курсантів ФПО. Зорганізував і проводив виїзні передатестаційні цикли з хірургії в Рівненській та Житомирській областях, тематичні курси удосконалення лікарів «Вибрані питання хірургії» та «Інтервенційна сонографія в невідкладній абдомінальній хірургії». Зорганізував і розробив програму дистанційного навчання для інтернів-хірургів заочних баз стажування.

2004, 2007 року провів дві науково-практичні конференції «Актуальні питання геріатричної хірургії» та 2005 року – науково-практичну конференцію «Сучасні аспекти хірургічного лікування ускладнених форм виразкової хвороби». Щорічно на базі клініки проводять засідання обласної наукової асоціації хірургів, переривчасті курси навчання для хірургів Тернопільщини.

Професор І.Я. Дзюбановський – хірург вищої кваліфікаційної категорії, з широким діапазоном виконуваних ним хірургічних операцій. Регулярно здійснює клінічні обходи та консультації хворих у хірургічних підрозділах Тернопільської комунальної міської лікарні № 2, проводить планові консультативні та ургентні виїзди в районні лікарні області.

Професор І.Я. Дзюбановський автор і співавтор 270 наукових та навчально-методичних робіт, 23 патентів на винахід, 9 раціоналізаторських пропозицій, співавтор 4-х підручників, 3-х

монографій, 2-х методичних рекомендацій, затверджених МОЗ України.

Під його керівництвом захищені 17 кандидатських дисертацій, в яких запропоновані та апробовані в практичній охороні здоров'я нові й удосконалені існуючі методи операційного лікування хворих на хірургічну патологію органів черевної порожнини. Колектив кафедри проводить наукові дослідження з проблем діагностики та лікування основних хірургічних захворювань органів черевної порожнини у віковому аспекті.

Під керівництвом професора І.Я. Дзюбановського впроваджено в клініку міні-інвазивні оперативні втручання при ускладненнях некротичного панкреатиту, відеоендоскопічні втручання на периферичних судинах нижніх кінцівок, застосували синтетичні матеріали в хірургії гриж, пункційні методи лікування кіст печінки, нирок, підшлункової залози. Учні професора Дзюбановського працюють у хірургічних колективах багатьох регіонів нашої країни і ближнього зарубіжжя. Час від часу професор отримує привітання з далекого Ємена з подякою за здобуті знання від його учня Ахмеда Батавіля. Його ім'я почасти можна почути з уст наших емігрантів в різних куточках світу, куди закинула їх доля, як символ чесного, доступного і високопрофесійного лікаря-українця. Неподиноки випадки, коли його



ва УЛТ на Тернопіллі, грамотою облдержадміністрації (1996, 1997, 2007 роки). Визнаний громадськістю Тернополь лауреатом конкурсу «Людина року-2007». 2010 року відзначений подякою Міністра охорони здоров'я України «За вагомі досягнення у професійній діяльності та багаторічну сумлінну працю».

За вдачею Ігор Якович – оптиміст, цінує чесність, професійну порядність, безкорисливість, здатний завжди прийти на допомогу своїм колеґам, друзям, пацієнтам. Він дорожить своєю родиною. З дружиною Ніною Мечиславівною

розум і руки «ставили на ноги» навіть тих наших земляків, перед недугою яких була безсила «західна» медицина.

Колектив кафедри хірургії ФПО, який очолює проф. І.Я. Дзюбановський 2002, 2003 та 2004 року отримав дипломи 2 ступеня за вагомі досягнення в науковій і лікувальній роботі академії.

З 1993 року професор Дзюбановський – член спеціалізованої вченої ради з хірургії у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького і заступник голови спеціалізованої вченої ради Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського із захисту докторських та кандидатських дисертацій за спеціальністю «Хірургія». Відповідальний секретар українського науково-практичного журналу «Шпитальна хірургія», член редколегії журналу «Вісник наукових досліджень», член редакційної ради «Українського журналу хірургії» та «Вісника вищої медичної освіти».

1996 року Українське лікарське товариство Тернопільщини обрало професора І.Я. Дзюбановського своїм головою. Його організаторські здібності дозволили на високому рівні провести у Тернополі VII з'їзд ВУЛТ (2003 рік). Нагороджений медаллю «15 років ВУЛТ» як голо-

виховав двох прекрасних синів, шанує невістку і марить маленьким внуком Сашком. Поряд з цим кожен з співробітників кафедри хірургії ФПО вважає себе членом великого родинного кола. Адже шеф не лише пам'ятає імена дітей і внуків, коли вони народилися і в якому класі вчаться, але й в курсі всіх проблем, які мають місце в родині його колеґ, і першим підставляє плече, коли це потрібно. Він має великий талант переконувати і не раз його «магічне слово» дозволяло пошукачеві в короткий термін блискуче захистити дисертацію.

Друзі, колеґи, пацієнти вітають з ювілеєм прекрасну людину, хірурга від Бога, талановитого вченого, педагога, громадського діяча, зичать міцного здоров'я, доброї долі і ще багато років плідної праці на ниві хірургії та вищої медичної освіти України!

Колектив кафедри хірургії ФПО

Ректорат, весь колектив ТДМУ імені І.Я. Горбачевського, вся медична громадськість області щиро і щиро вітають Ігоря Яковича з 60-літтям, бажають міцного здоров'я, родинного благополуччя і затишку, творчого натхнення, нових успіхів на благо нашого університету, медичної науки та здоров'я українського народу.

Дослідження

ВУГЛЕЦЕВІ НАНОТРУБКИ ЗАХИЩАЮТЬ ВІД ІШЕМІЇ МОЗКУ

Вуглецеві нанотрубки захищають тканини мозку щурів від ішемії мозку – одного з найважчих наслідків інсульту. Це відкриття зробила міжнародна команда учених з Південної Кореї та США.

Учені використовували в своїй роботі одностінні вуглецеві нанотрубки з розташованими на їхній поверхні аміногрупами NH₂. Дослідники ввели нанотрубки щурам у кров шляхом ін'єкцій. Далі за допомогою методів спектроскопії експериментатори переконали-

ся, що нанотрубки нагромаджувались у тканинах головного мозку гризунів. При цьому ніяких видимих змін в поведінці цих тварин не було.

Через тиждень після ін'єкцій експериментатори штучно викликали у піддослідних тварин інсульт. З'ясувалося, що відновлення поведінкових функцій у щурів, у клітинах мозку яких містилися нанотрубки, проходило набагато легше, ніж у гризунів з контрольної групи.

Низькі рівні загиблих у результаті інсульту нейронів, а також біохімічних маркерів запальних процесів вказували на те, що нанотрубки ефективно захищали тканини мозку від пошкодження.

«Наша робота закладає осно-

ву подальших досліджень, які мають пояснити захисні ефекти вуглецевих нанотрубок при інсульті», – вважає керівник роботи Сун Су Кім з Університету Чун Ана (Сеул, Південна Корея).

Для відповіді на запитання про можливість застосування вуглецевих нанотрубок в терапії інсульту у людини знадобляться подальші дослідження їхніх властивостей, насамперед їхньої токсичності. Крім того, необхідно буде розробити способи доставки вуглецевих нанотрубок до тканин мозку.

Інсульт – захворювання, яке останніми роками за смертністю посідає друге місце після інфаркту міокарду. «Вік» хвороби стрімко молодшає і нині майже

8% випадків інсульту виявлено в осіб віком до 40 років. Учені шукають нові способи захистити пацієнтів від тяжких наслідків цієї хвороби.

СХУДНУТИ ЗАВАЖАЄ ГЕН

Дослідники з Оксфордського університету і Медичної дослідницької ради вивчили відкритий ще 2007 року незвичайний ген FTO. Саме він заважає схуднути і робить всі дієти марними.

У геном мишей вчені ввели додаткову копію FTO – гена ожиріння. Гризуни були абсолютно здоровими, але відрізнялися від своїх побратимів надмірно підвищеним апетитом і помітно додавали у вазі.

За словами професора і керівника дослідження Френсіса Ешкрофта, дуже велика активність гена FTO може стати причиною збільшення ваги через переїдання.

«Проведені дослідження переконують нас у тому, що FTO є важливим геном, який сприяє ожирінню», – заявив професор.

Не лише миші, але і 14% британців мають у своєму геномі дві дефектні копії FTO, що збільшує ризик ожиріння на 70%, а діабету – на 50%.

Ті 49% жителів країни, які успадкували лише один дефектний ген, піддаються ожирінню на 30%. Вони також на 25% більше схильні до розвитку діабету, ніж ті, які мають два нормальних гени.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ АНАМНЕЗУ

Такі відомі клініцисти наших днів, як В. Василенко, Є. Чазов та інші стверджують, що сучасні лікарі не надають належного значення повноцінному збиранню анамнезу та фізичному обстеженню. Вони надмірно довіряють складним лабораторним та інструментальним методам обстеження в діагностиці. Але не більше, ніж у 20 % такі методи допомагають в обґрунтуванні діагнозу. Варто згадати, що понад 100 років тому відомі українські клініцисти В. Образцов і М. Стражеско вперше в світі поставили діагноз інфаркту міокарда лише на основі добре зібраного анамнезу та об'єктивного обстеження хворого. В ті роки не було ні ЕХО, ні ЕКГ, ні біохімічних методів діагностики. Отже, для встановлення діагнозу необхідно неодноразово аналізувати анамнестичні дані й показники об'єктивного обстеження.

Збирання анамнезу базується на суб'єктивних даних, отриманих від хворого на основі його спогадів. Саме лікар має встановити зв'язок в часі щодо появи тих чи інших симптомів хвороби та виявити можливі причини чи патогенез того чи іншого захворювання.

Збираючи анамнез, лікар має критично оцінювати суб'єктивні дані хворого про його хворобу. В динаміці клінічна карта може змінюватися, з'являються нові симптоми й синдроми, в тому числі під впливом медикаментозної терапії та самолікування. Якщо лікар, особливо молодий, недостатньо знає симптоматику багатьох захворювань, він може потрапити під

В епоху дегуманізації медицини і розвитку інструменталізму дедалі менше лікарі, особливо молоді, надають значення повноцінному збиранню анамнезу та фізичному обстеженню хворого. Про це свідчить погано зібраний анамнез згідно із записами в амбулаторних картах, історіях хвороби. При цьому не слід забувати афоризм відомого клініциста ХХ століття Р. Хеггліна про те, що добре зібраний анамнез – це половина діагнозу. Ще раніше, в ХVІ столітті Бальві писав: «Хто добре розпитував, той добре діагностує».

вплив суб'єктивізму хворого. Отримані анамнестичні дані необхідно підтверджувати з допомогою фізичного обстеження, перкусії, аускультики, які в умовах розквіту інструменталізму (УЗД, ЕХО, комп'ютерної томографії тощо) не втратили свого діагностичного значення. Доцільно виділити основний клінічний синдром і від нього «виходити» на діагноз.

Значні діагностичні труднощі при оцінці суб'єктивних даних у людей похилого та старечого віку. Крім зниження пам'яті і аж до деменції у них водночас має місце поєднання 4-10 хвороб, як правило, хронічних дегенеративних, невеликих. В цьому випадку досить важливо виділити з великої кількості суб'єктивізму основний клінічний синдром, який загрожує життю хворого. Саме цей синдром потребує медикаментозного чи хірургічного лікування. Хворі з більш високим рівнем освіти дають лише правдиву інформацію про стан власного здоров'я порівняно з особами з низьким рівнем освіти. Передовсім це стосується п'яниць, наркоманів, волоцюг.

Молоді лікарі мають бути оз-

найомлені з елементами психології та при збиранні анамнезу вміти встановити психологічний контакт з хворим. У цих випадках хворий буде охочіше та детальніше розповідати про власні болячки. Як писав академік В. Бехтерев, «якщо хворому після розмови з лікарем не стає легше, то це не лікар». Душевний контакт лікаря з хворим під час збирання анамнезу – одна з основних умов встановлення правильного діагнозу.

Запропоную два факти, як нецілком зібраний анамнез і фізичне обстеження призвели до грубих діагностичних помилок.

Хвора М., 53 роки, продавець на ринку, в якій під час роботи виникає затяжний ангінозний напад з локалізацією болю за грудиною, який віддає в грудний відділ хребта. Хвора викликала таксі, повернулася додому. Лікар швидко оглянув її, не виміряв артеріальний тиск, не зробив ЕКГ, а діагностував остеохондроз, залишив вдома, рекомендував масаж. Стан хворої погіршувався, не давали спокою болі, наростала ядуха. Звернулася в поліклініку, звідки її доправили

в реанімаційне відділення з діагнозом ІХС: гострий передній великогнечевий інфаркт міокарда із серцевою недостатністю Кілліп II. Допущена діагностична помилка зумовлена погано зібраним анамнезом і неправильним трактуванням ангінозного нападу.

Другий випадок. Хворий Н., 57 років, шпиталізований в БРІТ кардіологічного відділення з діагнозом «прогресуюча стенокардія, гіпертонічна хвороба II стадії». В анамнезі – «гіпертонічна хвороба».

До шпиталізації проживав на дачі, були порушення в харчуванні та антисанітарні умови проживання. Захворювання почалося з підвищення температури до 38-39°. Водночас з'явився озноб, нудота, блювота, метеоризм, слабкість. Двічі на дачі хворого консультував лікар. Бригада швидкої допомоги шпиталізувала його. Після консультації інфекціоніста з діагнозом «сальмонельоз» переведений в інфекційне відділення. Знову неправильно зібраний та трактований діагноз. Лихоманка і диспепсія не є прикметні для прогресуючої стенокардії. Хвороба перебігала як інфекційне захворювання.

Старі «земські» лікарі відходять у минуле, вони ставили діагноз на основі анамнезу та фізичного обстеження. В минулому не була розвинена інструментальна діагностика, в тому числі комп'ютерна. «Земські лікарі» ставили найбільш вірогідний діагноз шляхом логічних роздумів над показниками анамнезу та фізичного обстеження. В наші ж дні на їх місце приходять сімейні лікарі.

Наприкінці ХХ і на початку ХХІ століть прогрес у техніці та медицині впроваджує в діагностичну практику нові методи діагностики, які в більшості випадків характеризують функціональний стан органів і систем, але не відповідають на питання етіології захворювання. Чимало молодих лікарів перестали враховувати діагностичну цінність анамнестичних даних, тут же відправляють хворого на складні, дорогі, а інколи й небезпечні методи обстеження. Є. Чазов писав: «Інколи при постановці діагнозу нам не вистачає терпіння лікарів старої «земської школи», старанності обстеження хворих і характерного логічного мислення в пошуках найбільш вірогідного діагнозу». Не так вже й часто параклінічні дослідження збільшують ризик діагностичних помилок. Без враховування супутньої патології лабораторні та інструментальні обстеження призводять почасти до помилкового діагнозу. А звідси – нераціональна медикаментозна терапія, яка збільшує ризик поганого діагнозу. Слід пам'ятати, що в постановці заключного діагнозу параклінічні дослідження мають допоміжне значення.

В умовах технізації та дегуманізації медицини, анамнез і фізичне обстеження хворого залишаються основними в обґрунтуванні діагнозу. Це мають добре засвоїти студенти-медики та молоді лікарі, за якими майбутнє нашої медицини.

**Борис РУДИК,
професор ТДМУ**

ОБ'ЄКТИВ



Наталія ДРАПІКОВСЬКА, Світлана ЧЕРКОВСЬКА та Світлана БОБИК, студентки стоматологічного факультету (ліворуч); Ярослав МАТІЙЦІВ та Віталій ГАНЧИК, студенти медичного факультету (праворуч) Фото Андрія ВОЙНИ



Інтернет-інфо

АЕРОБІКА СПРИЯЄ РОСТУ МОЗКУ

Регулярне виконання помірних фізичних вправ протягом року здатне збільшити розмір гіпокампу у мозку літніх людей, що призводить до вдосконалення просторової пам'яті. Такий зв'язок встановили американські неврологи Університету Іллінойсу, Університету Піттсбурга, Університету Райс і Університету штату Огайо.

Гіпокамп – структура мозку, що бере участь у всіх формах формування пам'яті.

Вчені запросили для участі в дослідженні 120 літніх людей без слабоумства і розподілили їх у дві групи. Учасники першої почали займатися ходьбою по 40 хвилин на день тричі на тиждень. Учасники другої виконували тонізуючі вправи на розтяжку. Через півроку клініцисти провели аналізи роботи мозку за допомогою магнітного резонансу.

З'ясувалося, що аеробні вправи допомогли збільшити об'єми лівого та правого гіпокампа на 2 відсотки й 1,97 відсотка, відповідно. Аеробіка поліпшила функції пам'яті та розмір гіпокам-

пу, а також кількість біомаркерів, що вказують на здоров'я мозку, в тому числі нейротрофічний фактор BDNF – малу молекулу, що бере участь у процесах навчання та пам'яті. Збільшення розміру гіпокампу асоціювалося і з ростом кількості молекул BDNF.

Результати дослідження показують, що атрофія мозку через процеси старіння – це аж ніяк не є неминучим процесом. За словами фахівців, навіть помірне фізичне навантаження протягом року може допомогти удосконалити мозкові функції та запобігти старінню.

ШОКОЛАД ЗБЕРЕЖЕ СЕРЦЕ ЗДОРОВИМ

За результатами останніх досліджень, шоколадні речовини – флавоноїди – допомагають підтримувати серцево-судинну систему в тонусі. А всім охочим уникнути проблем із судинами медики пропонують смачну дієту: 25-30 г якісного шоколаду на день, як додаток до звичного раціону. Таким чином вбережете клітини від ймовірних руйнувань.

Попередні дослідження пояснили механізм впливу флавоноїдів на організм. Речовини поліпшують функціонування ендотелію – тонкого шару клітин на внутрішньому боці судин, а отже, поліпшують кровообіг і зберігають судини міцними.

До того ж ласощі знижують рівень лейкотриєну – небезпечної речовини, яка склеює клітини та провокує виникнення тромбів. Ті ж флавоноїди допомагають уповільнити процес старіння і служать профілактикою ракових захворювань.

ЛЮБОВ НЕ ЗГАСНЕ В МОЇЙ ПАЛКІЙ ДУШІ

— Розкажіть, будь ласка, про себе. Де народилися? Коли почали писати? Які ваші літературні уподобання?

— Мої улюблені поети — Василь Стус, Василь Симоненко, чия поезія вчить цінувати свободу й не коритися труднощам. Захоплююся творчістю Лесі Українки. Її надзвичайно прониклива, тонка лірика вражає. А народився я в мальовничому селі Білозірка Лановецького району. Природа в нас чудова. Коли приїжджаю влітку додому — насолоджуюся прогулянками до лісу, озера, до річки. Люблю дивитися увечері на зорі, слухати спів солов'я. Все навколо дихає красою, почуття переповнюють душу і лягають на папір щирим словом.

• Андрію Філюку — 17. Він студент 1 курсу медичного факультету. В одному з попередніх номерів «Медичної академії» вже друкували його вірші, які викликали небезпечний читачський інтерес. Вони приваблюють щирістю та багатством почуттів. Захотілося дізнатися про автора більше, тож запросила Андрія до розмови.

Писати вірші почав ще в школі. Друкувався в районній газеті «Голос Лановеччини», пізніше — в обласній газеті «Свобода».

Школу закінчив із золотою медаллю, а оскільки з 5 класу мріяв стати лікарем і не бачив себе ніким іншим, то подав документи в ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського, а також Буковинський медичний університет. Тести склав успішно в обох ВНЗ, а для навчання обрав ТДМУ. Дуже задоволений своїм студентським

життям. У нас чудові викладачі. Вчитися цікаво. У гуртожитку, де мешкаю, гарні умови проживання. Старанно підготувавшись, я успішно склав сесію. І хоч студентські будні вельми насичені, а вільного від навчання часу небагато, поезії не полишаю. Навпаки, пишу ще з більшим натхненням.

Вже ставши студентом університету, подав збірку своїх віршів на перший районний конкурс патріотичної поезії в



Ланівцях. Переміг в номінації для учасників конкурсу віком до 18 років. Вірші, які пишу зараз, хоч присвятити 20-річчю незалежності України. В них — про моральні цінності, про любов до України і про те, що Бог

вкладає в душу і ти повинен сприйняти й передати свої відчуття. Я передаю їх в поезії.

Незабаром у Лановецькому районі організують зустріч з обдарованими людьми краю. Я теж отримав запрошення. Буду наймолодшим серед гостей. Приємно, що представлятимуть наш університет, де навчається багато талановитої молоді.

— Знаю, що в колекції ваших відзнак є і спортивні.

— У школі перемагав у змаганнях з легкої атлетики. З бігу на дистанцію в три кілометри мій результат був одним з найкращих.

— Бажаю вам реалізувати себе в медицині, а також в поезії та у спорті. Університет відчинив перед вами двері не лише у вир студентського життя, а й у безмежний світ можливостей. Хай щастить!

Оксана БУСЬКА

УКРАЇНА В МОЄМУ СЕРЦІ!

Ми — патріоти своєї країни.
Наша Вітчизна повік
не загине.

Будьмо ж навіки ми з нею
у парі,
Наші серця у духовному
жарі.

Сонця проміння освітить
дорогу,
Шлях наш проляже і в терни,
й тривоги.

Символ свободи — це пісня й
калина,
З ними я завжди істота
єдина.

Прапор — блакиття небес
і жита,
В них світлом сонця
палають літа.

В стягові нашім - батьківська
любов,
Слава козацька воскреснула
знов.

Як я люблю Україну свою!
Серце синівське її віддаю.
Сивий мій Дніпре, Говерли
життя,
Києве рідний. Ви - доля моя!

Що таке незалежність
держави?
Запорука добробуту, щастя
і слави!

Це — гетьмани, борці-
дисиденти.
Чорновіл, що завжди
говорив все відверто.

Віру я маю святу у Бога.
Не пройдена марно хресна
дорога.

Історія наша — безцінна
перлина,
Шевченкова слава — моя
Україна!

Серце пекуче проймає
до сліз,
Як на землі без України
Він ріс.

Кожну стежинку ногами
пройшов.
Щастя ж без волі в житті не
знайшов.

Прагнув здобути добро
у житті.
Дума Тараса палає в п'яті.
Волю Його не зрівняти їм
в жар,

Має у серці великий Він дар.

Йде боротьба у могутніх
віршах,
Їм не властиві ні спокій,
ні страх.

Дума Кобзаря проймає мене,
Знай же наш батьку — любов
в нас живе!

Прагнув здобути Шевченко
зорю,
Світлу свободу — мету
наземну.

Час цей не знищив
надію твою,
Світлом палає вона на яву.

Стався на зломі віків
Ренесанс,
Полум'я віри горить

серед нас.
Ні! Не загасить його
люципер!

Дух незалежності в нас
не помер!
В серпні з'явилась
вона молода,

Благословенна, Україна моя!
Чистії ріки, високії гори,
Ниви небесні, безмежні
простори.

Шлях нелегкий давсь на
долю твою,
Десь сьогодні прямує
в п'ятю.

Жадібність, ненависть, злоба
в гатунок,
Чи заслужила ти цей
подарунок?

Скільки терпіти зневагу оцю?!
Браття! Крокуймо ж на світла
зорю!

Наша держава — велика
родина.
Будь, Україно, навіки єдина!

БАТЬКІВЩИНА

Від діда-прадіда, до батька
і до сина,
Від матері до доньки іде наш
славний рід.

І серце в грудях калатає
без упину,
Коли я згадую історію,
наш цвіт.

І все прекрасне у моїм житті.
Це є мій край і це
моя родина.
Не забувай історію
свою.

Вона — свята й ніколи не
загине.

У пам'яті моїй назавжди
буде
Вербова гілка і чаруюча
калина.

В душі моїй повік
не пропаде
Моя єдина ненька Україна.

У серці моїм з материнським
молоком
Дзвенить чудова українська
пісня.

Мов шелест — стоголосий
вітерець
Її нестиме подихом одвічним.

Люблю, як пахнуть
квіти навесні,
Як соловейко пісеньку співає.

Проміння блискотить у
джерелі,
І шурхотить вода у водограї.

Красою вічною вона горить,
А ніччю колискова
дума лине,
Що мати для дитятоньки
співа,
Щоб та росла на вільній
Батьківщині.

Яке величчя в неї
у душі,
Яка сльоза пекуча, мов
перлина,

Яке невинне чисте янголя, —
Це ти — прекрасна, мила
Україно.

Безмежна в мріях й помислах
своїх.

Людьми багата, що тебе
леліють.

Нехай Господь тебе
благословить
Й оберігає пресвята Марія.

Як пелюстки троянд, як квіти
світанкові,
Що в сонячній сплетінні
всміхаються мені.

Твій образ мерехтить у яві
моїм світлом,
Що у душі не згасне, в якій
любов горить.

До тебе, моє серце, крізь зорі
світанкові,
Крізь промені барвисті
рветься із душі.

Зустрітися нам двом судилося
лиш Богом,
Свою любов віддати ї зміг
лише тобі.

Коханнячко моє, сонечко
злотисте,
Для тебе лиш одної здійню
все, що скажи,

Щоб усміхнулася ти — я
розжену всі хмари
І сонце осліпле померкне
від краси,

І посмішка твоя ніколи вже
не згасне,
І як любов не згасне в моїй
палкій душі.

Хай за вікном лютують грози,
вирують буревії
І день здається нам ніколи
не прийде,

Лиш пригорну тебе до себе
ніжно, ніжно
І теплою серця зігрій я твоє.

ЦІКАВО

ПИШІТЬ РУКОЮ

Португальські дослідники стурбовані тим, що останнім часом стали дедалі менше використовувати написання тексту від руки. Вони впевнені, що це негативно позначається на розвитку мозку дітей.

За словами фахівців, коли діти пишуть від руки, розвивається тім'яна частина мозку, яка втрачає свою пластичність і перестає змінюватися з віком. Однією з функцій тім'яної частини є забез-

печення зв'язку між зором і руками. Писання від руки також змушує людину сконцентруватися та краще опанувати предмет.

Дослідники вважають, що всім дітям дошкільного віку потрібно розвивати рухові можливості, координацію й точність рухів, чому сприяє писання від руки. Експерти не заперечують важливість комп'ютерів, оскільки комп'ютерна грамотність допомагає розвитку здібностей, але вважають, що впроваджувати комп'ютер у навчальний процес потрібно з розумом.

ВЕГЕТАРІАНЦІ РИЗИКУЮТЬ СЕРЦЕМ І СУДИНАМИ

Відмова від вживання в їжу м'яса та продуктів тваринного походження збільшує ризик утворення тромбів і розвитку атеросклерозу, що може призвести до інфарктів та інсультів.

Такого висновку дійшли вчені з

Чжецзянського університету, Китай. Вони проаналізували десятки статей про біохімію вегетаріанства, опубліковані за останні тридцять років.

Досі вважалося, що м'ясоїди більше ризикують виникненням хвороб серця і судин, ніж вегетаріанці. Однак вегетаріанці теж не застраховані від цих нападів, оскільки в їх їжі немає деяких ключових поживних речовин, у тому числі заліза, цинку, вітаміну В₁₂ та жирних кислот Омега-3. У результаті в крові у любителів рослинної їжі піднімається рівень гомоцистеїну і скорочується концентрація ліпопро-

теїнів високої щільності — «хорошого» холестерину, що провокує серцеві захворювання.

Дослідники підсумовують: рекомендація для вегетаріанців і веганів щодо збільшення споживаної кількості жирних кислот Омега-3 і вітаміну В₁₂ має серйозне наукове обґрунтування. Добрими джерелами жирних кислот Омега-3 є лосось та інша жирна риба, волоські й деякі інші види горіхів. А вітаміну В₁₂ у великій кількості міститься в морепродуктах, яйцях і вітамінізованому молоці. Отримати ці корисні речовини можна і з харчових добавок.

ІНЖИР – ЛІКУВАЛЬНЕ ДИВО ПРИРОДИ

Найсмачніший інжир світло-жовтого кольору, хоча чорний має більші лікувальні властивості.

З давніх часів з інжиру готували варення, пастилу, желе, джем і навіть вино. Крім того, його додають як начинку в пряники, торти та цукерки.

У лікуванні інжир застосовують також здавна. Знаменитий лікар Авіценна вважав інжир еліксиром молодості для літніх людей. А ще рекомендував його для лікування малярії та за інших лихоманок, у разі кору, вугрів, чирок, пухлин, виразок, сифілісу та прокази.

Достатньо з'їсти один плід, щоб втамувати голод. До того ж інжир зміцнює нерви, наповнює мозок живильною силою, запобігає закрепам, знімає втому, підвищує працездатність, поліпшує настрої.

В офіційній медицині плоди інжиру застосовують у разі тромбоемболії, тромбозу, захворювань серцево-судинної системи, у народній – лікують захворювання верхніх дихальних шляхів, трахеїт, ларингіт, бронхіт. Існує думка, що інжир здатен лікувати новоутворення. Діючи як дезінфекційний засіб, він знищує паразитів у кишківнику.

Однією з багатьох унікальних властивостей інжиру є те, що у волокнах його клітковини містяться речовини, які знижують рівень холестерину в крові. Тому любителі інжиру дуже рідко хворіють на серцево-судинні захворювання. До того ж свіжі плоди, незважаючи на велику кількість глюкози та фруктози в них, знижують кількість цукру в крові.

Сучасна наука виявила у складі інжиру фіцин, який запобігає утворенню тромбів, прибирає склеротичні бляшки з внутрішньої стінки кровоносних судин. Серед ефективних компонентів інжиру – ферменти, що стимулюють травлення, антибактеріальні речовини, збалансована комбінація з 11 вітамінів, 14 мінеральних речовин і 14 амінокислот, які беруть участь у побудові

Існує думка, що саме інжир, а не яблуко, був тим самим забороненим плодом, який скуштували Адам та Єва, за що й були вигнані з раю. Подібно до фініків, кокосів і бананів, інжир є священним плодом. Роста він у Греції, Єгипті, Італії, Іспанії, Туреччині, Середній Азії, на Кавказі, Індії та ще в багатьох країнах, у тому числі й у нас на батьківщині, а саме на півострові Криму. Існує понад 400 сортів інжиру. На жаль, свіжий інжир довго не зберігається, тому смакувати ним можна лише там, де він росте. Тож його найбільше вживають сухим.

білка. Інжир багатий на вітаміни B₁, B₂, B₆. Свіжі плоди містять цукор, білки, аскорбінову кислоту, каротин, багато солей калію, кальцію, магнію, фосфору, заліза. Інжир за енергетичною цінністю перевершує родзинки і посідає одне з перших місць серед фруктів та ягід за вмістом мінеральних речовин. Калію в ньому стільки, що першим місцем він поступається лише горіхам. А калій, як відомо, життєво необхідний для наших нервової та серцево-судинної систем. Крім того, за кількістю заліза інжир випереджає яблука.

Цей фрукт містить речовини, які за своїм хімічним складом схожі з аспірином. Ефірні олії інжиру розріджують кров, насичують її киснем. Бажано з'їдати один плід на день протягом місяця, потім зробити перерву – 1 місяць. М'якоть інжиру з насінням слід ретельно й тривало пережовувати.

Відвар інжиру, варення та напій мають потогінну та жарознижувальну дію.

Сироп з інжиру є чудовим тоніком для дітей: він підвищує апетит і поліпшує травлення. Допомагає інжирний сироп і в разі м'язового ревматизму, захворювань шкіри, каменів у нирках та сечовому міхурі, збільшення печінки та за хвороб жіночих статевих органів.

ЛІКУВАЛЬНІ РЕЦЕПТИ

Жінкам у період місячних слід щоденно з'їдати 3 плоди інжиру для підтримки нормального балансу хімічних елементів.

Для пришвидшення загоєння

шкіри у разі опіків використовують кашку з свіжого або сушеного інжиру.

Розтертий у молоці інжир прискорює дозрівання нарівнів: 4-5 шт. інжиру залити склянкою теплого молока, плоди розім'яти і



розтерти, приймати теплим по пів-склянки 2-4 рази на день. Можна прикладати свіжі чи розмочені сушені плоди.

Якщо інжир висушити й потовкти, то вийде порошок, який відомий як інжирна кава, він має приємний аромат. Цей порошок корисно заварювати й пити за таких захворювань, як кашлюк, бронхіт, запалення легенів і стенокардія.

Кашель добре лікувати інжиром з молоком. Для цього беруть 2-3 плоди інжиру, миють їх, заливають склянкою молока і варять на повільному вогні, доки молоко не стане коричневим. Пити молоко і їсти зварений у ньому інжир слід двічі-тричі на день у проміжках між прийомами їжі. Якщо провести такий

курс протягом 10-15 днів, то не лише позбудетеся кашлю, а й зміцните свій імунітет.

Під час хвороб органів дихання рекомендують пити відвар сушеного інжиру. А також полоскати ним хворе горло. Для приготування відвару засипають у воду 5-6 ягід сушеного інжиру і варять на середньому вогні до утворення сиропу. Цей сироп полегшує біль у горлі, усуває кашель, допомагає за подразнень слизової порожнини рота та запалень ясен.

За нефриту, анемії, сечокам'яної хвороби 4 ягоди інжиру залити 1 склянкою молока, спарити 10 хв, настоювати 1 го-

пасти. Паста з розім'ятого інжиру та ячмінного борошна заспокоює м'язовий біль, розкриває нариви і фурункули. Паста з розім'ятих плодів, змішаних із медом, гоїть виразки та рани, допомагає зупинити кровотечу. Інжир, змішаний з оливковою олією або воском, лікує тріщини на шкірі, що виникли в разі обмороження.

Калорійність сушених плодів інжиру значно вища, ніж свіжих. Тому їх дуже корисно давати дітям і хворим для прискорення одужання.

Відвар інжиру (2 ст. л. сухих плодів на 1 склянку води) застосовують для припарок у разі абсцесів, флюсів та ін.

Такий відвар, а ще на молоці, застосовують як потогінний та жарознижувальний засіб.

За поносів, циститів, ентероколітів, сечокам'яної хвороби: 4 ягоди залити 2 склянками окропу, настояти 1 годину. Настій приймати гарячим по 0,5 склянки тричі на день.

Варення: взяти 1 кг інжиру, 1 кг цукру, 2 склянки води. Залити ягоди гарячим сиропом і залишити на 10 годин, потім злити сироп, варити його 40 хв. без ягід і знову залити ягоди і залишити на 10 годин. Далі варити до готовності, доки інжир не стане прозорим. Варення корисне у разі аритмії, підвищеного згортання крові, атеросклерозу, як легкий послаблювальний засіб.

Увага! Незважаючи на те, що інжир має здатність знижувати вміст цукру в крові, тим, хто страждає від діабету і має надмірну масу тіла, вживати інжир не можна. Інжир шкідливий і за виразкових захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки – за цих проблем плоди інжиру вживають не більше двох-трьох за один раз. Протипоказаний інжир і в разі порушення обміну щавлевої кислоти, а також тим, хто страждає від ожиріння. Авіценна застерігав, що «інжир спричиняє велике відкладення жиру... Сухий інжир шкідливий за пухлин печінки та селезінки».

ФІСТАШКИ – ДРУЗИ СЕРЦЯ

Фісташки мають позитивну дію на серцево-судинне здоров'я, істотно скорочуючи процеси за-



палення в організмі. Біологи Університету Пенн-Стейт стверджують, що фісташки володіють потенціалом проти ушкодження серцевої функції. У цих горіхах міститься багато важливих поживних речовин, зазначають американські медики, які вивчали

вплив фісташок на чоловіків та жінок віком 30-70 років. Лікарі контролювали рівні холестерину, ліпідів, ліпопротеїдів у крові учасників експерименту, їхній артеріальний тиск, серцевий ритм і кровообіг в артеріях, а також активність маркерів запалення.

Додавання фісташок до щоденного раціону харчування сприяло значному зниженню холестерину, шкідливих жирів, цукру в крові, тиску та зменшувало запалення на клітинному рівні.

НАСІННЯ ВРЯТУЄ ВІД ІНСУЛЬТУ

Фінські вчені за результатами масштабного дослідження за участю 26 тисяч осіб, які курять, дійшли висновку, що вживання продуктів, багатих магнієм, перешкоджає розвитку ішемічного інсульту.

Спостереження за учасниками вели протягом 13,5 років. Проаналізувавши дані, вчені з'ясували, що в чоловіків, які вживали найбільшу кількість магнію, ризик ішемічного інсульту був на 15% нижчим, ніж у тих, хто вживав його найменше. При цьому частота розвитку геморагічного інсульту була однаковою в обох групах.

Багатим джерелом магнію вчені назвали цілюзернові продукти. Крім того, цей мікроелемент міститься в таких продуктах, як горіхи, насіння, чорнослив, морська капуста та зелені овочі.

СІЛЬ ШКОДИТЬ ЗДОРОВ'Ю ЧОЛОВІКІВ

Кухонна сіль – справді біла смерть, і в цьому зайвий раз переконалися японські вчені. У ре-



зультаті спостережень і численних аналізів вони дійшли висновку, що регулярне вживання солоних продуктів подвоює ризик захворювання на рак шлунка. Причому, така тенденція найбільше спостерігається серед чоловіків.

Фахівці-онкологи упродовж 11 років спостерігали за способом життя майже 40 тис. японців середнього віку. Особливу увагу медики приділяли щоденному

раціону харчування, схильності до певних напоїв, а також шкідливим звичкам, що безпосередньо впливають на здоров'я, наприклад – курінню.

Згідно з отриманими даними, серед чоловіків – любителів солоних продуктів – особливо ризикувала захворювати на рак шлунка 1 людина з 500. Це вдвічі перевищує показники, зафіксовані серед тих, хто намагався утримуватися від вживання солі. Із загальної кількості чоловіків, що потрапили в дослідницьку програму (таких було понад 18,5 тис.), хворих на рак було 358 осіб. Серед понад 20 тис. жінок цей показник дорівнював 128. Причому й загроза захворювання на рак у любителів солоненького набагато нижча, ніж у чоловіків: один випадок на дві тисячі осіб.

