

МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

№ 7 (288)

ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ

8 квітня 2011 року



У НОМЕРІ

Стор. 4

ДО УВАГИ ВИПУСКНИКІВ ШКІЛ, БАЖАЮЧИХ ОТРИМАТИ ПРЕСТИЖНУ, НАДІЙНУ ПРОФЕСІЮ

З першого вересня у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського відкривається факультет медико-профілактичної справи, який буде готувати для санітарно-епідеміологічної служби різних рівнів, інших медико-профілактичних установ, а також для служби екологічної безпеки лікарів, працівників керівних ланок медичної служби, лікарів-лаборантів з можливою, у разі потреби, перекваліфікацією у деякі інші медичні професії.

Стор. 5

ПРОБЛЕМИ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ

Антибіотики... Довгий час з ними і лікарі, і пацієнти пов'язували сподівання на швидке й ефективне одужання від більшості захворювань, спричинених мікроорганізмами. Таке оптимістичне ставлення до цих препаратів ґрунтувалося на багаторічному успішному їх застосуванні у всіх сферах медичної практики.

Стор. 9-10

ВИКОРИСТАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Останнім часом відчутне велике зростання й поширеність гострих і хронічних захворювань органів дихання. Нині широко впроваджують у клінічну практику нові системи подачі лікарських препаратів у дихальні шляхи хворих з бронхолегеневими захворюваннями. Особливо це стосується таких захворювань, як бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, муковісцидоз. Саме оптимальний вибір доправлення медикаментозного засобу залежно від клінічного стану та віку хворого впливає на ефективність лікування цієї категорії пацієнтів.

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ



Тернополянка Юлія ІВАНІНА навчається на третьому курсі фармацевтичного факультету. Отримує підвищену стипендію. Захоплення фармакологією, розповідає, перейняла від батьків. «Мені пощастило і з університетом, і з одноклассниками, – каже Юлія. – Вони – здібні, дбайливі і наполегливі в навчанні. Переконана, що наша група найкраща на курсі. А ще у нас чудові викладачі, які дають ґрунтовні знання та дуже уважні до проблем студентів. Завжди можна до них звернутися, якщо потрібна допомога».

Стор. 7

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»

ПОВІДОМЛЄ

про проведення процедури ліцензування підготовки магістрів спеціальності 8.12010005 «Стоматологія» з ліцензованим обсягом 5 осіб денної форми навчання.

..... КОНКУРС

АННА АКОПЯН – «МІС ТДМУ-2011»

Уже вшосте студенти-медики обрали першу красуню ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського. 30 березня відбувся конкурс краси та грації «Міс ТДМУ-2011». Вісім чарівних дівчат змагалися за звання найгарнішої. Журі й глядачі оцінювали їхню харизму, інтелект, ерудицію. Цього року конкурс відрізнявся від попередніх тим, що всі учасниці були дуже пластичні, бо кожна в минулому займалася хореографією. Тож вирішили показати один груповий танець, але стилізований, щоб кожна з дівчат могла себе проявити.



Яскрава концертна програма – ще одна родзинка свята. На сцені співали чарівні Ірина Лукашик, Наталя Цар, «Панна Тернополя 2010» Аліна Овчиннікова. Шквал аплодисментів зірвав виступ Аркадія Войтюка та чемпіонів Галицької ліги, учасників відкритої Української ліги КВК команди «VIP». Нікого не залишили байдужим запальні танці лауреатів гран-прі «Ліри Гіппократа-2010» – шоу-балету «Фієста». Справжню майстерність продемонстрували керівники танцювального клубу «Віват» Юлія Покідько і Тарас Карнас.

Стор. 7

ПЕРЕДПЛАТИТЬ ГАЗЕТУ



ІНДЕКС 23292

ОФІЦІЙНО

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я.ГОРБАЧЕВСЬКОГО»**

НАКАЗ

4 квітня 2011 р. №266

Про створення комісії

З метою відбору кандидатів з числа студентів, аспірантів та молодих викладачів для участі у фаховій культурологічній подорожі «Культура без кордонів»

НАКАЗУЮ:

1. Створити комісію в складі:
Проф. Посохова К.А. — голова комісії;
Члени комісії:

Доц. Пашко К.О. — директор ННІ фармакології, гігієни та медичної біохімії імені М.П. Скакуна;

доц. Сельський П.Р. — начальник навчально-наукового відділу незалежного тестування знань студентів;

Ткачук Михайло — студент 6 курсу медичного факультету;

Полуйчак Наталя — студентка 2 курсу фармацевтичного факультету;

Морозов Дмитро — студент 4 курсу стоматологічного факультету;

2. Комісії провести наступну роботу:

— подати оголошення про конкурс в газету «Медична академія»;

— зібрати матеріали претендентів з числа студентів, аспірантів, молодих викладачів (до 36 років), перевірити їх достовірність;

— ознайомити всіх членів комісії з матеріалами претендентів;


— шляхом таємного голосування обрати 3 кандидатури з числа студентів, 1 кандидатуру з числа аспірантів та 1 кандидатуру з числа молодих викладачів;

— до 15 квітня результати голосування подати першому проректору проф. І.Р.Мисулі.


3. Бухгалтерії оплати відрядження учасників культурологічної подорожі «Культура без кордонів» провести за рахунок коштів спеціального фонду.

4. Канцелярії наказ довести до відома виконавців.


5. Контроль за виконанням наказу покласти на першого проректора проф. І.Р.Мисулу.

Ректор  член-кор. НАМН України, проф. Л.Я. Ковальчук

Погоджено:
Перший проректор

 І.Р. Мисула,
Начальник юридичного відділу

 І. П. Бочан,
Інспектор канцелярії

 Л.М. Анцібор

«Затверджую»
Ректор Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, член-кор. НАМН України, професор

Л.Я. Ковальчук
4 квітня 2011 р.

«Погоджено»
Вченою радою університету
Протокол № 11 від
31 березня 2011 р.

Оголошується конкурс серед студентів, аспірантів та молодих викладачів, що ведуть заняття з філософії та культурології, на участь у фаховій культурологічній подорожі «Культура без кордонів» в період з 29.06.2011 р. по 12.07.2011 р.

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського оголошує конкурс серед студентів, аспірантів та молодих викладачів на

участь за кошти університету у фаховій культурологічній подорожі «Культура без кордонів» відповідно до рейтингових критеріїв.

Критерії для студентів:

1. Участь у студентській програмі «Студентська наука і проф-орієнтаційне навчання» — 25 балів рейтингу;

2. Участь у студентській програмі «Студент — майбутній фахівець високого рівня кваліфікації» — 15 балів рейтингу;

3. Відмінне навчання (за середнім балом успішності за всі роки навчання) — 20 балів рейтингу;

4. Учасники та переможці Міжнародних конкурсів захисту наукових робіт:

Диплом I ступеня — 9 балів рейтингу;

Диплом II ступеня — 6 балів рейтингу;

Диплом III ступеня — 3 бали рейтингу;

Учасник — 2 бали рейтингу;

Учасники та переможці Всеукраїнських конкурсів захисту наукових робіт:

Диплом I ступеня — 6 балів рейтингу;

Диплом II ступеня — 4 бали рейтингу;

Диплом III ступеня — 2 бали рейтингу;

Учасник — 1 бал рейтингу.

5. Учасники та переможці Міжнародних студентських олімпіад:

Диплом I ступеня — 9 балів рейтингу;

Диплом II ступеня — 6 балів рейтингу;

Диплом III ступеня — 3 бали рейтингу;

Учасник — 2 бали рейтингу;

Учасники та переможці Всеукраїнських студентських олімпіад:

Диплом I ступеня — 6 балів рейтингу;

Диплом II ступеня — 4 бали рейтингу;

Диплом III ступеня — 2 бали рейтингу;

Учасник — 1 бал рейтингу.

6. Участь в громадській і культурній роботі (участь в художній самодіяльності, КВК тощо) — 5 балів рейтингу.

Критерії для аспірантів:

1. Кількість Міжнародних конференцій, в яких брав участь претендент, підтверджених сертифікатами про участь — 5 балів за участь в одній конференції.

2. Кількість Всеукраїнських конференцій, в яких брав участь претендент, підтверджених сертифікатами про участь — 3 бали за участь в одній конференції.

3. Кількість публікацій у закордонних фахових журналах — 15 балів за одну публікацію.

4. Кількість публікацій у фахових журналах визнаних ВАК України — 10 балів за одну публікацію.

5. Наявність а) патентів — 3 бали за один патент.

б) авторських свідоцтв — 3 бали за одне свідоцтво.

в) методичних рекомендацій — 3 бали за одну рекомендацію.

г) інформаційних листів — 2 бали за один лист.

д) нововведень, що увійшли в реєстр МОЗ України, — 3 бали за одне нововведення.

6. Кількість підручників, автором (співавтором) яких є претендент — 5 балів за один підручник.

7. Кількість посібників, автором (співавтором) яких є претендент — 5 балів за один посібник.

Критерії для молодих викладачів:

1. Наявність наукового ступеня — 30 балів рейтингу.

2. Наявність вченого звання — 15 балів рейтингу.

3. Кількість Міжнародних конференцій, в яких брав участь претендент, підтверджених сертифікатами про участь — 5 балів за участь в одній конференції.

4. Кількість Всеукраїнських конференцій, в яких брав участь претендент, підтверджених сертифікатами про участь — 3 бали за участь в одній конференції.

5. Кількість публікацій у закордонних фахових журналах — 15 балів за одну публікацію.

6. Кількість публікацій у фахових журналах, визнаних ВАК України, — 10 балів за одну публікацію.

7. Наявність а) патентів — 3 бали за один патент.

б) авторських свідоцтв — 3 бали за одне свідоцтво.

в) методичних рекомендацій — 3 бали за одну рекомендацію.

г) інформаційних листів — 2 бали за один лист.

д) нововведень, включених в реєстр МОЗ України — 3 бали за одне нововведення.

8. Кількість підручників, автором (співавтором) яких є претендент — 5 балів за один підручник.

9. Кількість посібників, автором (співавтором) яких є претендент — 5 балів за один посібник.

10. Кількість монографій, автором (співавтором) яких є претендент — 5 балів за одну монографію.

11. Участь в Міжнародних освітніх програмах — 5 балів рейтингу.

12. Кількість днів у які не були виставлені тестові питання для контролю знань студентів за програмою «MOODLE» — мінус 5 балів за один день (згідно з відвідкою секретаріату ректора).

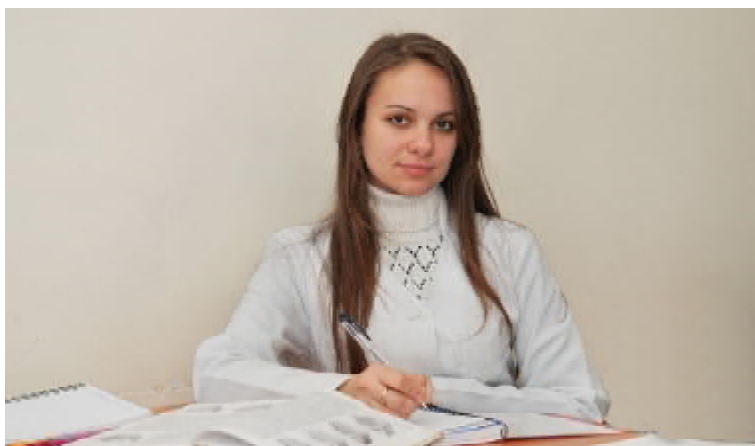
Претенденти повинні обов'язково володіти англійською мовою (мати сертифікат 1-го рівня), на час від'їзду мати закордонний паспорт. У конкурсі можуть брати участь усі вітчизняні студенти (за винятком студентів випускних курсів), аспіранти та молоді викладачі.

Підтверджуючі документи (із засвідченими підписами керівників програм, деканів факультетів, завідувачів кафедр, щодо активної участі студента у програмах, підтверджуючими документами про участь в конкурсах та олімпіадах, перемогами в них) претендентам **необхідно подати голові комісії проф. Посоховій К.А., завідувачу кафедри фармакології з клінічною фармакологією до 15 квітня.**

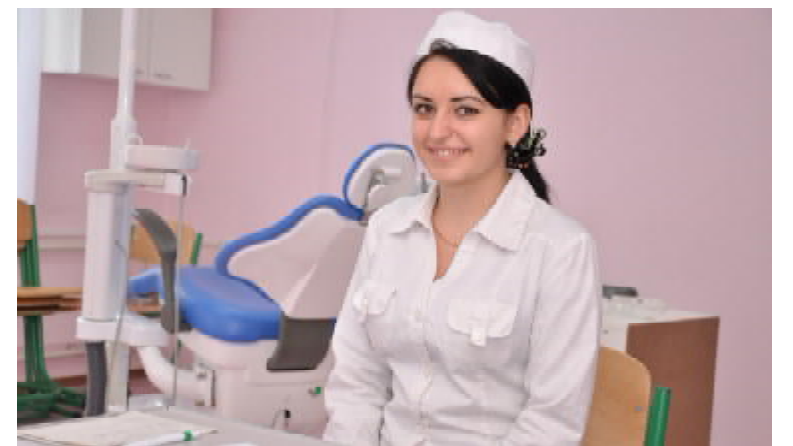
Комісія шляхом таємного голосування обере з претендентів 3-х студентів, 1 аспіранта та 1 молодого викладача для участі у фаховій культурологічній подорожі «Культура без кордонів».

Ректорат

ОБ'ЄКТИВ



Христина МОРАВСЬКА,
студентка фармацевтичного факультету (ліворуч);
Сніжана КРИНИЦЬКА,
студентка стоматологічного факультету (праворуч)
Фото Андрія ВОЙНИ



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 імені І.Я. Горбачевського, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації
Видавець: Тернопільський державний медичний університет імені 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 імені І.Я. Горбачевського. 46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1.

ОФІЦІЙНО

КУЛЬТУРОЛОГІЧНА ПОЇЗДКА КРАЇНАМИ ЄВРОПИ

**РЕКТОРУ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ ІМ. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
КОВАЛЬЧУКУ Л.Я.**

**Вельмишановний
Леоніде Якимовичу!**

Компанія «Fox-Vox» спільно з туроператором «Euro-Expo» організує фахову культурологічну подорож студентів, аспірантів і викладачів філософії та культурології з України «Культура без кордонів».

У програмі подорожі планується проведення «круглих столів» з представниками студентства і викладацького складу провідних університетів Європи, а також відвідання міжнародних фестивалів мистецтв та огляд основних культурних пам'яток за маршрутом подорожі.

Просимо делегувати представників студентського та викладацького складу університету для участі у фаховій культурологічній подорожі «Культура без кордонів» та участі у «круглих столах» за маршрутом.

Цей проект отримав підтримку Міністерства культури України, Міністерства освіти і науки України, провідних університетів Європейського Союзу та IPASA.

**З повагою,
Сергій Бикав,
заступник Директора**

ПРОГРАМА ПОДОРОЖІ

«Культура без кордонів»

29.06.2011 (середа)
Поїзд Київ-Чоп.

30.06.2011 «11» (четвер)
Переїзд Чоп-Відень. Вільний час.
Нічліг.

01.07.2011 (п'ятниця)
Сніданок.
«Круглий стіл» у Віденському університеті.

Прогулянка вуличками Відня (автобусно-піша).
Переїзд Відень-Мюнхен.
Нічліг.

02.07.2011 (субота)
Сніданок.
«Круглий стіл» зі студентством Мюнхенського університету.
Переїзд Мюнхен-Цюріх.
Оглядова екскурсія.
Нічліг.
03.07.2011 (неділя)

Сніданок.
Переїзд Цюріх-Монтре.
Відвідання джазового фестивалю.
Переїзд Монтре-Женева. Оглядова екскурсія.
Нічліг.

04.07.2011 (понеділок)
Сніданок. Прогулянка.
Відвідання «Пті-Пале».
Переїзд Женева-Ліон. Оглядова екскурсія. Переїзд Ліон-Авіньйон.
Прогулянка релігійними пам'ятками Авіньйону.
Вільний час.
Нічліг.

05,07.2011 (вівторок)

Сніданок.
Переїзд Авіньйон-Марсель.
Прогулянка «Салом Руїн».
Пляжний відпочинок на узбережжі Марселю.
Вільний час.
Нічліг.

06.07.2011 (середа)
Сніданок.
Переїзд Марсель-Тулон.
Прогулянка містом, спорудженим Людовіком XIV.
Переїзд Тулон-Канни.
Відвідання музею сучасного мистецтва.
Переїзд Канни-Ніцца.
Відвідання «Російської Ніцци».
Переїзд Ніцца-Генуя.
Відвідання Генузької Фортеці.
Вечірній пляжний відпочинок.
Нічліг.

07.07.2011 (четвер)
Сніданок.
Переїзд Генуя-Мілан.
Круглий стіл у Міланському університеті.
Переїзд Мілан-Верона.
Відвідання готичних споруд епохи Відродження.
Переїзд Верона-Падуя.

Нічліг.
08.07.2011 (п'ятниця)
Сніданок.
Переїзд Падуя-Загреб.
Відвідання Башти Лотршчак.
Вільний час.
Прогулянка нічним Загребом.
Нічліг.

09.07.2011 (субота)
Сніданок.
Переїзд Загреб — Нови Сад.
Відвідання EXIT Festival.

10.07.2011 (неділя)
Переїзд Нови Сад — Будапешт.
Сніданок.
«Круглий» стіл та зустріч зі студентством університету Будапешта.
Вільний час.
Нічліг.

11.07.2011 (понеділок)
Переїзд Будапешт-Егер.
Відвідання винних погребів і дегустація вин.
Переїзд Егер-Ужгород.
Вільний час.

12.07.2011 (вівторок)
Поїзд Ужгород-Київ (02:00).
Прибуття до Києва.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ, ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я.ГОРБАЧЕВСЬКОГО»

НАКАЗ

6 квітня 2011 р. № 271
Про створення комісії

З метою відбору кандидатів з числа студентів медичного та стоматологічного факультетів на проходження літньої виробничої

практики в дитячому санаторно-оздоровчому центрі «Ласпі», в лікувально-профілактичних закладах м. Кірова (Росія), в лікувально-профілактичних закладах Чехії.

НАКАЗУЮ:

1. Створити комісію в складі:

Голова комісії — проф. Федорців О.Є., керівник відділу практики;
Члени комісії:
проф. Шульгай А.Г., декан медичного факультету;
д.м.н. Нагірний Я.П., декан стоматологічного факультету;
Ткачук Михайло — студент 6 курсу медичного факультету;
Філь Олександр — студент 5 курсу стоматологічного факультету;
2. Комісії провести таку роботу:
— подати оголошення про конкурс в газету «Медична академія»;

— зібрати матеріали претендентів з числа студентів медичного та стоматологічного факультетів, перевірити їх достовірність;
— ознайомити всіх членів комісії з матеріалами претендентів;
— шляхом таємного голосування обрати кандидатури з числа студентів згідно з виділеними квотами;
— до 29 квітня результати голосування подати першому проректору проф. І.П.Мисулі.
3. Канцелярії наказ довести до відома виконавців.
4. Контроль за виконанням

наказу покласти на першого проректора проф. І.П.Мисулу.

Ректор

член-кор. НАМН України,
проф. Л.Я. Ковальчук

Погоджено:

Перший проректор

І.П. Мисула
Начальник юридичного відділу

І.П. Бочан
Інспектор канцелярії

Л.М. Анцібор

ОГОЛОШЕННЯ ЛІТНЯ ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА В ДИТЯЧОМУ САНАТОРНО- ОЗДОРОВЧОМУ ЦЕНТРИ «ЛАСПІ»

Відділ виробничої практики Тернопільського державного медичного університету імені І.Я.Горбачевського оголошує конкурс серед студентів 4-го і 5-го курсів медичного факультету на проходження літньої виробничої практики в дитячому санаторно-оздоровчому центрі «Ласпі» (4 заїзди по 6 осіб, по 3 тижні кожен).

Вимоги до претендентів:

1. Успішне навчання (довідка з деканату про середній бал успішності за всі роки навчання, який не повинен бути нижче 8) — 8-9-10 балів, 10-12-20 балів.

2. Досвід роботи в лікувально-профілактичних дитячих закладах (підтверджений відповідними документами) — 20 балів.

3. Участь у програмах «Студентська наука і профорієнта-

ційне навчання», «Студент-майбутній фахівець високого рівня кваліфікації» (підтверджених документально) — по 20 балів за кожну програму;
4. Робота у наукових гуртках кафедр (підтверджених документально) — 10 балів.
5. Участь у громадській та культурній роботі університету (довідка помічника проректора, доц. О.В.Лотоцької) — 5 балів.

6. Комуникабельність, вміння спілкуватися з дітьми різного віку (від молодшого до старшого шкільного) — 5 балів.
ЛІТНЯ ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА В ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ МІСТА КІРОВ (РОСІЯ)

Відділ виробничої практики Тернопільського державного медичного університету імені І.Я.Горбачевського оголошує конкурс серед студентів 4 і 5 курсів медичного факультету (12 осіб) і студентів 2-4 — курсів стоматологічного факультету (3 особи) на проходження літньої ви-



Санаторно-оздоровчий центр «Ласпі»

робничої практики в лікувально-профілактичних закладах м. Кірова (Росія).

Вимоги до претендентів:

1. Успішне навчання (довідка з деканату про середній бал успішності за всі роки навчання, який не повинен бути нижче 8) — 8-9-10 балів, 10-12-20 балів.

2. Участь у програмах «Студентська наука та профорієнтаційне навчання», «Студент — майбутній фахівець високого рівня кваліфікації» (підтверджених документально) — по 20 балів за кожну програму.

3. Робота у наукових гуртках кафедр (підтверджених документально) — 10 балів.

4. Участь у громадській та культурній роботі університету (довідка помічника проректора доц. О.В.Лотоцької) — 5 балів.

5. Знання російської мови є обов'язковим.

ЛІТНЯ ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА В ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ЧЕХІЇ

Відділ виробничої практики Тернопільського державного медичного університету імені І.Я.Горбачевського оголошує конкурс серед студентів 4-го і 5-го курсів медичного факультету (10 осіб) на проходження літньої виробничої практики в лікувально-профілактичних закладах Чехії.

Вимоги до претендентів:

1. Успішне навчання (довідка з деканату про середній бал успішності за всі роки навчання, який не повинен бути нижче 8) — 8-9-10 балів, 10-12-20 балів.

2. Участь в програмах «Студентська наука та профорієнтаційне навчання», «Студент-майбутній фахівець високого рівня

кваліфікації» (підтверджених документально) — по 20 балів за кожну програму.

3. Робота у наукових гуртках кафедр (підтверджених документально) — 10 балів.

4. Участь у громадській та культурній роботі університету (довідка помічника проректора, доц. О.В.Лотоцької) — 5 балів.

5. Знання англійської мови є обов'язковим.

6. Наявність закордонного паспорта є обов'язковим.

Заяву та відповідні документи подавати на ім'я керівника відділу практики проф. О.Є. Федорців до 29 квітня 2011 року.

Відбір кандидатів здійснюватиме комісія закритим голосуванням у складі:

Голова: проф. О.Є.Федорців-керівник відділу практики.

Члени комісії:
проф. А.Г.Шульгай — декан медичного факультету;

д.мед.н. Я.П.Нагірний — декан стоматологічного факультету;

Ткачук Михайло — студент 6 курсу медичного факультету;

Філь Олександр — студент 5 курсу стоматологічного факультету.

ДО УВАГИ ВИПУСКНИКІВ ШКІЛ, БАЖАЮЧИХ ОТРИМАТИ ПРЕСТИЖНУ, НАДІЙНУ ПРОФЕСІЮ

Чи потрібні державі, нашому суспільству взагалі такі спеціалісти та які перспективи їх очікують?

Нині світова спільнота — на межі глобальної кризи, в основі якої лежать соціальні, економічні, екологічні негаразди в суспільстві. Останніми десятиліттями у зв'язку з бурхливим розвитком економіки, технічного прогресу, науки, інноваційних процесів з'являються нові та стрімко зростає кількість відомих існуючих шкідливих чинників, спостерігається зростання інфекційних захворювань, що негативно впливають на показники здоров'я, скорочують життя людини.

Спостерігається зростання інфекційних захворювань і насамперед таких, як вірусні гепатити, туберкульоз, СНІД, «пташиний» і «свинячий» грип, інші.

У зв'язку з бурхливим технічним прогресом зростає негативний вплив на організм людей нових, ще не вивчених або мало вивчених фізико-хімічних, біологічних чинників таких, як різні види електромагнітного випромінювання, зокрема, випромінювання засобів стільникового зв'язку, широке застосування лазерного випромінювання у побуті та в медицині. Розробка й широке впровадження нанотехнологій та їх продукції гостро ставить розв'язання проблеми захисту людей від їх впливу.

Повсюдне поширення генетично модифікованих продуктів, вплив яких на стан здоров'я людини нині ще не вивчений, потребує серйозного тривалого спостереження, аналізу та прогнозування можливих негативних наслідків для здоров'я не

З першого вересня у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського відкривається факультет медико-профілактичної справи, який буде готувати для санітарно-епідеміологічної служби різних рівнів, інших медико-профілактичних установ, а також для служби екологічної безпеки лікарів, працівників керівних ланок медичної служби, лікарів-лаборантів з можливою, у разі потреби, перекваліфікацією у деякі інші медичні професії.

лише певних людей, але й усього людства.

Також зростає загроза для здоров'я нашого суспільства від постійного збільшення інтенсивності впливу на організм людей добре відомих шкідливих чинників.

Незважаючи на зусилля лікарів лікувального профілю, ситуація продовжує погіршуватися й стає очевидним, що подолати ці проблеми їм самим не під силу. Для подальшої ефективної боротьби з такими чинниками необхідний глибокий епідеміологічний аналіз цих явищ з урахуванням соціальних, економічних, особливостей регіонів і розробка профілактичних заходів зі зниження захворюваності, що є в компетенції профілактичної медицини.

Попередній досвід суспільства у боротьбі з цими та подібними проблемами показав, що їх розв'язання під силу профілактичній медицині. Проте нині державна санітарно-епідеміологічна служба недостатньо забезпечена підготовленими кадрами, адже було скорочено значну кількість санітарно-гігієнічних факультетів у вищих медичних навчальних закладах країни і тому ця служба не в змозі виконувати у повному

обсязі покладені на неї завдання. Ситуація ускладнюється також і тим, що існує природно зумовлене зменшення кадрів, збільшується кількість працівників пенсійного віку.

Більш глибоке вивчення цих процесів, розробка комплексу застережних заходів профілактичного характеру потребує відповідного наукового потенціалу та значної кількості зусиль лікарів профілактичної медицини. У Тернопільській області укомплектованість лікарями санітарно-епідеміологічної служби профілактичного профілю складає 73 %. Значний відсоток працюючих складають пенсіонери (39,5 %). Така ж ситуація загалом у державі. В країні не вистачає наразі 5,8 тис. лікарів медико-профілактичного спрямування й ситуація надалі погіршується. Крім того, існує значний дефіцит кадрів серед епідеміологів, інфекціоністів, лікарів-лаборантів лікувально-профілактичних закладів, лікарів-науковців НДІ медико-профілактичного спрямування. Водночас в Україні існує лише 5 факультетів у медичних закладах, щорічно випускниками яких стають майже 400 спеціалістів медико-профілактичного профілю. Це незначний відсоток випускників вищих медичних закладів. Прикметно й те,

що більшість медико-профілактичних факультетів розташовано переважно у східних областях країни, для забезпечення потреб регіонів зі складною екологічною ситуацією. Це призводить до значного дефіциту кадрів передовсім у Тернопільській, Рівненській, Житомирській, Вінницькій, Хмельницькій, Чернівецькій, Закарпатській, Волинській областях.

Отже, випускники нового факультету будуть мати достатньо широкі можливості для подальшого працевлаштування та професійного зростання.

Привабливим є також і те, що всі санітарно-епідеміологічні станції розташовані лише у районних та обласних центрах. Є вакансії і в науково-дослідних лабораторіях та інститутах гігієнічного профілю, а також на кафедрах гігієни та екології вищих медичних навчальних закладів, особливо для бажаючих торувати свій шлях у науці.

Майбутні фахівці медико-профілактичної справи отримають глибокі знання не лише з гігієни та санітарії, але й з усіх галузей медичних знань, по суті, в тому ж обсязі, що й випускники медичного факультету. Це обумовлено тим, що вони в своїй практичній діяльності будуть вирішувати не лише суто гігієнічні питання, але й зможуть, працюючи лікарями профпатологами, лікарями-інфекціоністами, епідеміологами та в деяких інших професіях, проводити суто лікувальну роботу серед населення. До того ж не останнім є й те, що отримані знання можуть бути корисними також і для покращення власного здоров'я та здоров'я близьких.

Слід зауважити, що санітарно-епідеміологічна станція є державною установою, і кожен працюючий в ній має державні гарантії на працю. У зв'язку з тим, що медико-профілактичний факультет створюють на теренах нашої області вперше, у перших майбутніх випускників будуть особливо сприятливі умови для працевлаштування. Випускники медико-профілактичного факультету зможуть працювати у санітарно-епідеміологічній станції за фахом лікар з гігієни харчування, з гігієни дітей та підлітків, з комунальної гігієни, з гігієни праці, лікар-токсиколог, радіолог, епідеміолог, паразитолог, ентомолог, а також лікар-лаборант фізико-хімічної, радіологічної та мікробіологічної лабораторій. У сферу їхніх професійних інтересів входимуть об'єкти харчової промисловості, системи торгівельних закладів, ринки, комунальні об'єкти (житловий сектор, вищі навчальні заклади, лікувальні заклади, басейни, лазні, стадіони, станції технічного обслуговування), шкільні та дошкільні заклади, табори відпочинку, дитячі санаторії, об'єкти сільського господарства, промислові об'єкти, зони відпочинку населення, курорти та багато іншого.

Беззаперечним є і те, що той, хто глибоко вникне у сутність медико-профілактичної справи, зможе зробити свій суттєвий вклад у збереження здоров'я як жителів України, так і свого особистого.

Микола КАШУБА, завідувач кафедри загальної гігієни та екології людини, професор

ОБ'ЄКТИВ



Софія ШИЛИКО, студентка фармацевтичного факультету (ліворуч); Катерина ЯВОРСЬКА, Юлія КАЛЮШИК, студентки медичного факультету (праворуч)
Фото Андрія ВОЙНИ



НОВИНИ

ВИЇЗНА КОЛЕГІЯ НА БЕРЕЖАНЩИНІ

Відбулася виїзна колегія головного управління охорони здоров'я ОДА в Бережанському районі. Йшлося про виконання заходів галузевих програм та забезпечення медичного обслуговування мешканців району.

Провів засідання колегії ГУОЗ начальник головного управління охорони здоров'я ОДА Михайло Буртняк.

Як зазначив у своїй доповіді перший заступник начальника головного управління охорони здоров'я ОДА Любомир Синюверський, на забезпечення виконання програм торік було заплановано 685,2 тис. грн., профінансовано 684,9 (91,2%). Фінансування на одного жителя порівняно з попереднім роком збільшено з 356,2 до 435,5 грн., вартість одного ліжка/дня по

медикаментах з 3,22 до 3,95 грн.

Демографічна ситуація 2010 року в районі характеризується низьким показником народжуваності (район — 9,9, область — 10,9 на 1000 нас.), високим показником смертності (район — 16,3, область — 14,4 на 1000 нас.), від'ємним показником приросту населення (район — 6,4, область — 3,5 на 1000 нас.)

«Проте має тенденцію до зростання загальна захворюваність серед дорослого та дитячого населення, — зауважив Любомир Синюверський. — Високими в районі є показники поширеності — 186085,8 на 100 тис. нас. (область — 182407,7) та захворюваності — 75067,3 на 100 тис. нас. (область — 70048,7). Для району характерна висока захворюваність на активний туберкульоз — 59,0 на 100 тис. населення при середньообласному — 54,7 на 100 тис. населення, за-

хворюваність на деструктивні форми туберкульозу становить — 41,7 % (середньообласний показник — 47,6%); сільського — 40% (середньообласний показник — 50,8%), міського — 22,6 % (середньообласний показник — 50,8%)».

З січня 2011 року зорганізовано Центр первинної медико-санітарної допомоги в складі поліклінічного відділу ЦРКЛ, який об'єднує 22 дільниці (в т.ч. 11 приписних).

(Прес-служба ОДА)

ПРОБЛЕМИ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ

Кожне досягнення у медицині має свою ціну
Ричард К. Рут

Першим антибіотиком, який виділив 1928 року шотландський мікробіолог Александер Флемінг, був пеніцилін. 1940-1941 рр. англійський бактеріолог Говард У. Флорі та біохімік Ернст Чейн розробили методи його промислового виробництва та вперше використали для лікування бактеріальних інфекцій. 1945 р. Флемінг, Флорі та Чейн отримали Нобелівську премію з фізіології й медицини «за відкриття пеніциліну та його цілющого впливу при різних інфекційних захворюваннях».

Впровадження у клінічну практику пеніциліну розпочало нову еру в історії медицини. Численні бактеріальні інфекції, які до того призводили до смерті мільйонів людей, тепер ефективно виліковувалися. Висловлюється навіть точка зору, що швидке зростання населення планети у ХХ столітті зв'язане з різким зниженням смертності внаслідок застосування антибіотиків. Відомості про зменшення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів, про появу мікробів з множинною стійкістю до них найбільше людства не насторожували. Тим більше, що з року в рік з'являлися нові засоби цієї групи ліків, які знову доводили перевагу людського інтелекту над природною, блискавичною та неблаганною, хоча й сліпою, здатністю мікроорганізмів змінювати свої властивості з метою виживання. Здавалося, людство здобуло перемогу над мікроорганізмами. Наприкінці 60-х головний хірург США William Stewart проголосив: «Час закрити книгу інфекційних захворювань». Ще 1988 р. ця група хвороб не була в десятці причин смерті, тому наростаючу резистентність ігнорували. Але вже 1995 р. інфекційні процеси посіли 3 місце серед причин смерті людства. У цей період і на початку ХХІ століття явище множинної стійкості мікробних збудників до антибіотиків набуло загрозливого для життя значення й стало глобальною проблемою. Дедал частіше у науковій і популярній медичній літературі порушують питання про те, що антибіотики можуть стати важливим фактором зникнення існуючої цивілізації, оскільки сприяють селекції таких мікроорганізмів, засобів боротьби з якими в людства не має. Стало зрозумілим, що перемогу у боротьбі з мікробними збудниками медицина не лише не здобула, але у багатьох випадках катастрофічно здала свої позиції. «Інфекційні хвороби наступать» — проголосила ВООЗ десятиліття тому. Результати лікування інфекційних процесів нині почасти порівнюють з тими, які були до появи перших антибіотиків, коли люди масово помирили від сепсису,

Антибіотики... Довший час з ними і лікарі, і пацієнти пов'язували сподівання на швидке й ефективне одужання від більшості захворювань, спричинених мікроорганізмами. Таке оптимістичне ставлення до цих препаратів ґрунтувалося на багаторічному успішному їх застосуванні у всіх сферах медичної практики.

пневмонії тощо. А щорічні витрати на лікування захворювань, викликаних антибіотикорезистентними бактеріями, лише у США становлять зараз 4 млрд. доларів.

Серйозною проблемою, яка ще більше ускладнює описану ситуацію, є те, що фармацевтичні компанії не зацікавлені у розробці нових антибіотиків. За останні 30 років з'явилося лише 3 нових їх класи. Адже найсучасніші засоби цієї групи, на створення яких і впровадження у клініку витрачаються 8-10 років та сотні мільйонів доларів, через кілька років їх застосування прогресивно втрачають свою активність. Набагато вигідніше робити капіталовкладення у препарати, які «працюють» роками без втрати своєї ефективності, скажімо, засоби для лікування ішемічної хвороби серця, підвищеного артеріального тиску, болетамувальні та ін. Таким чином, нині ми не впевнені у тому, що завтра матимемо антибіотики, які нам будуть життєво необхідні!

Які причини розвитку та прогресування множинної стійкості до антибіотиків? Їх багато.

— Широке застосування населенням антибіотиків для самолікування внаслідок ліберального відпуску цих потужних засобів в аптеках, хоча їх усіх, без жодного винятку, повинні продавати лише за призначенням лікаря, за рецептами.

— Навіть при належному призначенні антибіотика лікарем, хворі не завжди дотримуються вказаної схеми лікування, скорочують її, забувають вчасно прийняти препарат, що також може суттєво позначитись на ефективності антибіотикотерапії та спричинити наступний розвиток резистентності тих мікробів, які вижили у цих умовах.

— Нераціональне використання антибіотиків. Доведено, що майже у 50 % випадків їх призначення є безпідставним: вони не потрібні цьому пацієнтові або ж їх використовують внаслідок неправильно поставленого діагнозу, або ж всупереч існуючим клінічним рекомендаціям. Яскравим прикладом такого застосування може бути «лікування» антибіотиками вірусних інфекцій (нежиті, ларингіту, гострого неускладненого бронхіту тощо), хоча загальновідомо, що на жоден вірус антибіотики не діють. Але у процесі такого призначення у людини розвивається стійкість мікробної флори до цього засобу й у майбутньому він може бути цілковито неефективним у разі необхідності його застосування для боротьби з інфек-

цією, яка викликана мікробним агентом.

— Необґрунтоване застосування при різних інфекціях одного й того ж популярного «модного» препарату, без урахування причинного збудника та його чутливості до цього антибіотика. Давно порушують питання про те, що для найбільш раціонального та ефективного призначення препаратів необхідно ретельно досліджувати чутливість до них мікробів у конкретному регіоні, місті, окремому стаціонарі. Адже відомості, які записано про чутливість мікроорганізмів до антибіотиків у довідниках, навіть в інструкції до їх застосування, можуть кардинально відрізнятись від реальної картини та мають почасти лише історичне значення.

— Певну роль відіграє страх лікарів (часто — цілком обґрунтований) за результати лікування інфекційного процесу, особливо у випадках, коли це стосується дитячої практики. Нерідко антибіотики призначають хворій дитині під тиском її родичів, навіть у випадках, коли без них можна було обійтись.

— Цей же фактор відіграє роль у необґрунтованому призначенні антибіотиків у післяопераційному періоді. Хоча переконливо доведено, що найбільшу ефективність профілактика антибіотиками має, коли ці засоби призначають приблизно за 30-60 хв до початку операції.

— У поширенні резистентних штамів мікробів у лікарні, виникненні госпітальних, найбільш тяжких, форм інфекційних процесів має значення, в тому числі, неналежне дотримання гігієнічних заходів. Це підтверджується досвідом деяких закордонних лікарень, в яких після встановлення суворого гігієнічного режиму вдалося скоротити частоту розвитку внутрішньолікарняних форм інфекцій на 50 %.

Водночас існує точка зору, що вищезазначені фактори є лише верхівкою айсберга, а головною причиною глобального зростання резистентності є використання антибіотиків як стимуляторів росту та харчових добавок на фермерських господарствах... Відомо, що лише половину тих антибіотиків, які виробляють у світі, використовують для людей, решта — у тваринництві, птахівництві, рибному господарстві тощо. Підраховано, що світовий ринок ліків для тварин складає понад 18 млрд. доларів, майже 5 млрд. цієї суми становлять антибіотики. Вони нині є частим компонентом численних продуктів харчування, різноманітних

гігієнічних і косметичних засобів. Все це призводить до глобального забруднення довкілля антибіотиками та продуктами їх деградації. Зокрема, при дослідженні мікроорганізмів від морських тварин встановлено, що у 58 % випадків вони резистентні щонайменше до одного антибіотика, а 42 % виділених мікробів мають множинну стійкість.

Змушує також замислитися доведений факт, що людина може отримати резистентні мікроорганізми не лише при тривалому перебуванні у лікарняних закладах, споживанні відповідних продуктів, але й при звичайному рукошесті, поцілунках, користуванні спільними предметами побуту, заняттях контактними видами спорту тощо.

Які ж шляхи розв'язання зазначеної проблеми?

1. Розробка нових способів боротьби з мікроорганізмами, в тому числі використання нанобіотехнологічних методів.

2. Моніторинг чутливості мікроорганізмів до антибіотиків (регіональний, локальний) і призначення хворим людям тих препаратів, до яких найбільш чутлива мікрофлора та які будуть, відповідно, найбільш ефективними.

3. Підвищення освітнього рівня лікарів та провізорів у сфері застосування антибіотиків, урахування сучасних тенденцій розвитку резистентності мікроорганізмів, особливостей фармакокінетики, негативних побічних реакцій та ускладнень при застосуванні антибіотиків, правил вибору необхідних препаратів у конкретній ситуації, постійне й наполегливе ознайомлення з усіма новинками, що з'являються у цій сфері.

4. Гігієнічні заходи, особливо в умовах стаціонарів, суворе дотримання гігієнічного режиму медичним персоналом.

5. Запобігання випадкам самолікування.

6. Заборона застосування антибіотиків, у ветеринарії, харчовій, косметичній промисловості тощо.

До речі, країни Європейського Союзу вже ввели суворі обмеження щодо використання антибіотиків у фермерських господарствах як харчових добавок для здорових тварин.

Нині вже зрозуміло, що лише комплексний підхід до розв'язання всіх проблем створення й застосування антибіотиків дозволить якщо не кардинально покращити ситуацію, то хоча б якомога далі відтягнути момент, коли у боротьбі з інфекційними агентами можна буде розраховувати лише на природну стійкість людського організму, яка з року в рік внаслідок дії комплексу причин прогресивно знижується.

Катерина ПОСОХОВА,
завідуюча кафедрою фармакології з клінічною фармакологією, професор

ОБ'ЄКТИВ



Анна ГАРМАШ, студентка стоматологічного факультету (вгорі);
Михайло КЛЮШНИК, студент медичного факультету (внизу)

Фото Андрія ВОЙНИ



Цікаво

Чорний чай без молока допомагає схуднути

Звичайний чорний чай допомагає схуднути, але цей ефект зникає, якщо в напій додається молоко. Такого висновку дійшли фахівці однієї з японських компаній за результатами проведеного ними дослідження.

Як показало дослідження, в чаї містяться теафлавіни та теарубігінни. Ці речовини сприяють скороченню кількості жиру, що абсорбується кишківником, і зниженню концентрації холестерину. Однак білки, що входять до складу коров'ячого молока, нейтралізують їхні корисні властивості.

Під час експериментів зі щурами, яким давали чайний екстракт, було встановлено, що названі поліфеноли запобігають ожирінню у гризунів, які харчуються продуктами з високою вмістом жиру. У крові у тварин знижувалася концентрація холестерину і рівень жирних кислот, крім того, вони втрачали жирові тканини в організмі.

Зараз фахівці компанії працюють над виведенням нових сортів чаю, які будуть містити більше теафлавінів і теарубігіннів, а також шукають способи зробити ці речовини менш сприйнятливими до дії молочних білків.

АМЕРИКАНСЬКА КОМПАНІЯ РЕПРЕЗЕНТУВАЛА В ТЕРНОПОЛІ ПРЕПАРАТ ПРОТИ РАКУ

Американська біофармацевтична компанія Oncolix у рамках візиту керівника компанії Майкла Редмана та президента компанії Nurses International, LLC Білла Колемана представила у Тернопільському медичному університеті ім. І.Горбачевського протираковий препарат «Проланта».

Під час перемовин між ректором університету, членом-кореспондентом НАМН України, професором Леонідом Ковальчуком і паном Майклом Редманом досягнуто домовленості щодо партнерства та науково-



Під час зустрічі ректора університету, члена-кореспондента НАМН України, проф. Л.Я. КОВАЛЬЧУКА з делегацією із США

го співробітництва в галузі онкології між Тернопільським державним медичним університетом ім. І.Я. Горбачевського й компанією Oncolix, Inc., зокрема про можливість проведення клінічних досліджень «Проланти» в ТДМУ.

Компанія Oncolix (Х'юстон, Техас) розробила якісно новий препарат «Проланта», який має виражені протиракові властивості і в перспективі його можна використовувати для лікування раку грудей, яєчників та ендометрію. «Проланта» є аналогом гормону пролактину, в якому одна з амінокислот замінена іншою. Відомо, що пролактин стимулює проліферацію клітин, а позаяк клітини більшості злоякісних пухлин молочної залози, яєчників та ендометрію мають рецептори до пролактину, то останній, стимулюючи їх проліферацію, сприяє росту пухлини. «Проланта» за

принципом конкурентності блокує пролактинові рецептори і в результаті інгібує відповідні шляхи внутрішньоклітинної сигнальної трансдукції, що ведуть до клітинної проліферації, а отже, проявляє свій антипухлинний ефект. Нині в одному з найбільших світових онкологічних центрів MD Anderson (<http://www.mdanderson.org>) всебічно досліджено протиракові властивості «Проланти» в експериментах на кількох видах тварин і проведено всі необхідні доклінічні дослідження препарату. У другому кварталі 2011 р. Oncolix, Inc. проведе першу фазу клінічних досліджень «Проланти» в США, а другу «А» фазу клінічних досліджень планують провести частково в США і частково в Україні, другу «В» – в Україні.

Лариса ЛУКАЩУК

ВІТАЄМО!

40 ВЕСЕН ПРОФЕСОРА ВАСИЛЯ МАРЦЕНЮКА

16 квітня виповнюється 40 років від дня народження проректора з наукової роботи та впровадження нових технологій, завідувача кафедри медичної інформатики з фізикою ТДМУ, професора Василя Петровича Марценюка.



Вельмишановний Василю Петровичу!
Сердечно вітаємо Вас з 40-літтям. Колектив університету щиро шанує Вас за високий професіоналізм, новаторський підхід до розв'язання проблем організації навчального й наукового процесу, за Ваш неоціненний вклад у запровадження нових інформаційних технологій світового рівня, створення центру незалежного тестування знань студентів.
Бажаємо Вам міцного здоров'я, невичерпного творчого нат-

хнення, довгих років благородної, плідної багатогранної діяльності, добробуту, людського тепла, життєрадісності, щастя.

**Ректорат ТДМУ
імені І.Я.Горбачевського**

ІНФОРМУЄ ВІДДІЛ МІЖНАРОДНИХ ЗВ'ЯЗКІВ

Оголошується конкурсний відбір для участі у міжнародному проєкті «БУПАС» («Білорусія – Україна – Польща дослідження астми»), що здійснюється у рамках Угоди про співпрацю між ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» (Тернопіль, Україна) та медичним університетом Сілезії (Катовіце, Польща).

Робочий план проєкту 2011 року передбачає такі заходи:

1. Конференція «Астма у дітей: епідеміологія та запобігання»

(Краків, 8-11 вересня 2011 року).

До участі у конкурсі запрошують науково-педагогічних працівників університету, які представлять для презентації доповідь на тему: «Респіраторні захворювання у дітей, епідеміологія, клінічні аспекти та профілактика».

2. Стажування за напрямком: «Хронічні респіраторні захворювання – епідеміологія, профілактика та клінічне забезпечення»

(Катовіце, 28 листопада – 4 грудня 2011 року).

До участі у конкурсі запрошують спеціалістів, які залучені до профілактики та лікування хронічних респіраторних захворювань.

Вимоги до конкурсантів:

– відповідна фахова спеціалізація;
– знання англійської мови

Всі витрати, пов'язані з участю у цих заходах (окрім візового забезпечення), бере на себе приймаюча сторона.

ВІСТІ

МЕДПРИЛАД – РАЙЛІКАРНІ

Побувавши у Збараській центральній районній лікарні голова ОДА Валентин Хоптян передав медустанові обладнання – монітор пацієнта МЕС-1000, зареєстрований у складі комплексу анестезіологічного реанімаційного ЕМАНСІС.

Вартість такого приладу – 21,998 тис. гривень, а придбаний він за кошти державного бюджету.

Голова ОДА висловив переконання, що обладнання допоможе лікарям здійснювати належний нагляд за пацієнтами та їх лікування.

Також керівник області ознайомився із станом надання медичної допомоги у лікарні, поспілкувався з пацієнтами та медперсоналом.

У розмові з медиками голова облдержадміністрації наголосив, що нині в Україні визначені пріоритетні напрямки реформування медичної галузі, серед яких – розвиток первинної медико-санітарної допомоги, екстрена медична допомога, фінансування та кадрова політика.

Валентин Хоптян зазначив, що модернізація сучасної системи охорони здоров'я є однією з реформ у переліку заходів, спрямованих на позитивні зміни у багатьох сферах суспільного життя держави.

МІСЯЧНИК ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА

З 4 квітня до 4 травня в області – Всеукраїнський місячник Червоного Хреста, присвячений Міжнародному року волонтера, під гаслом «Відкрий волонтера в собі».

Відповідне розпорядження підписав голова ОДА Валентин Хоптян.

Керівник області доручив головам райдержадміністрацій, виконавчому комітету Тернопільської міської ради взяти на особистий контроль проведення в області Всеукраїнського місячника Червоного Хреста.

Пропонується залучати до участі в добровільних акціях з надання допомоги потребуючим колективи державних і приватних підприємств, акціонерні товариства та компанії, банківські і комерційні структури, проф-

спілки, благодійні фонди, широкі кола громадськості.

Органам місцевого самоврядування області рекомендовано здійснити комплекс організаційно-пропагандистських заходів щодо збору коштів, продуктів харчування, одягу тощо для надання адресної допомоги найбільш незахищеним верствам країн, які перебувають на обліку в міській та районних організаціях Товариства Червоного Хреста України і територіальних центрах соціального обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян.

Також пропонується управлінням освіти і науки, у справах сім'ї та молоді, культури обласної державної адміністрації спільно з обласною організацією Товариства Червоного Хреста України забезпечити активну участь в організації та проведенні місячника волонтерів з числа молоді. Залучати їх до реалізації проєктів щодо пошуку додаткових ресурсів, влаштування благодійних виставок і концертів, спортивних змагань, молодіжних дискотек, конкурсів, свят добрих сердець, проведення інших заходів у рамках місячника.

(Прес-служба ОДА)

ОБ'ЄКТИВ



**Вадим МИРОНЮК,
студент медичного факультету**

Фото
Андрія ВОЙНИ

ЮЛІЯ ІВАНИНА: «УНІВЕРСИТЕТ ВІДКРИВ ПЕРЕДІ МНОЮ НОВІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ»

Тернопілька Юлія Іванина навчається на третьому курсі фармацевтичного факультету. Отримує підвищену стипендію. Захоплення фармакологією, розповідає, перейняла від батьків. Тато Юлі — провізор, завідує комунальною аптекою. Мама закінчила медичний факультет, нині теж працює у фармацевтичній галузі. Стежкою батьків пішла й старша сестра Зоряна, випускниця фармацевтичного факультету нашого університету.

— Зоряна вчилася на «відмінно» та її фото теж помістили в одному з номерів газети «Медична академія», — розповідає Юлія. — Я нею так пишалася! Сестра закінчила університет 2007 року, працює за фахом. Хочу теж бути обізнаним, висококваліфікованим фахівцем. Іспити складаю успішно й до навчання ставлюся дуже відповідально.

— Які ж дисципліни улюблені?

— Їх багато. Фармацевтична хімія, фармакогнозія, фармакологія, біохімія. Тобто, дисципліни, назва яких починається з «фарма» або закінчується словами «хімія». В школі найулюбленішими були уроки з української мови та біології. Брала участь — і успішно — в олімпіадах. Займалася в секції ботаніки Малої академії наук України, де моїм науковим

керівником була Людмила Степанівна Фіра, на той час — завідувач кафедри фармакогнозії з медичною ботанікою. Я з ентузіазмом досліджувала флору Кременецьких гір. Написала на цю тему науково-дослідну роботу, яку представила на конкурс-захисті в науковій секції. В 11 класі взяла також участь у Всеукраїнському етапі конкурсу «Інтел-еко», де посіла третє місце.

Школу закінчила з срібною медаллю і подала документи в ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського на фармацевтичний факультет. За підсумками зовнішнього незалежного оцінювання набрала в сумі 589 балів з 600 можливих і була зареєстрована на бюджетну форму навчання. Університет відкрив переді мною нові можливості для самореалізації. У нас відбуваються цікаві семінари, наукові конференції. Участь в них дає можливість проявити та випробувати себе, поспілкуватися з цікавими людьми, дізнатися щось нове. Торік представила свою наукову роботу на тему «Назальні мазі» на Всеук-



раїнській конференції в Запоріжжі. Здобула друге місце.

— Зараз головну увагу приділяєте...

— ... написанню курсових робіт з фармакології та аптечної технології ліків «Лікарські рослини та лікарська рослинна сировина, що проявляють гепатопротекторну дію» та «Емульсії для внутрішнього застосування». Обдумую тему майбутньої дипломної. З напрямом вже визначилася: технологія ліків. Аптечна або промислова.

— Вчитися на «відмінно» в медичному університеті нелегко. Поділіться рецептом успіху.

— Мені пощастило і з університетом, і з одногрупниками. Вони — здібні, дбайливі і наполегливі в навчанні. Переконана, що наша

група найкраща на курсі. А ще у нас чудові викладачі, які дають ґрунтовні знання та дуже уважні до проблем студентів. Завжди можна до них звернутися, якщо потрібна допомога.

— Ви подавали документи лише в ТДМУ, хоч конкурс був величезний. Чому обрали саме наш ВНЗ? І чому фармацевтичний факультет?

— Мабуть, це пов'язано з тим, що я виросла в родині медиків. Мій дід був головним лікарем медичного закладу в Тернополі і про нього казали «лікар від Бога». Бабуся теж медик, працювала в лабораторії. Про батька, маму і сестру я вже розповідала. Тобто, це наша родинна професія. Хоча мама, був час, хотіла, щоб я стала юристом. Та юриспруденція мені ніколи не подобалася. А от медицина і, зокрема, фармація, — це моє.

— Не за горами державні іспити, отримання диплому. А далі?

— Інтернатура. Робота за фахом. Головне — не зупинятися на досягнутому. Щоб відповідати своєму статусу медик повинен постійно вдосконалюватися.

— Як ви відпочиваєте?

— Оптимальний вид відпочинку — туризм. Люблю подорожувати. Після 10 класу під час літніх канікул побувала на Балканах — в

Сербії та Чорногорії. А також в Угорщині. Тур минулого літа сподобався ще більше: Австрія, Італія, Франція, Монако. Впродовж трьох тижнів я з однокласницею, а нині студенткою столичного університету Оксаною, відвідала кілька країн.

— Де сподобалося найбільше?

— Важко сказати, бо кожна з цих країн — дивовижна. Спільне те, що до своєї культурної спадщини, своєї історії в Європі ставляться дуже трепетно й шанобливо. Відреставровані пам'ятники дбайливо бережуть. Люди там приятні, культурні. А економічний розвиток — вищий.

— Що привозите з подорожей, крім вражень?

— Цікаві сувеніри. Наприклад, з угорського міста Егер, яке славиться своїми виноробами, привезла пляшку дуже якісного вина. З Ніцци — шоколад. Смак дивовижний! Везу з собою в Україну чашки з логотипом міст, де побувала. У мене їх вже немала колекція. Крім усього іншого, мандрівка за кордон — це ще додаткова можливість поспілкуватися розмовною англійською.

— Успіху вам в навчанні, Юлію, і в пізнанні світу.

**Оксана БУСЬКА,
Андрій ВОЙНА (Фото)**

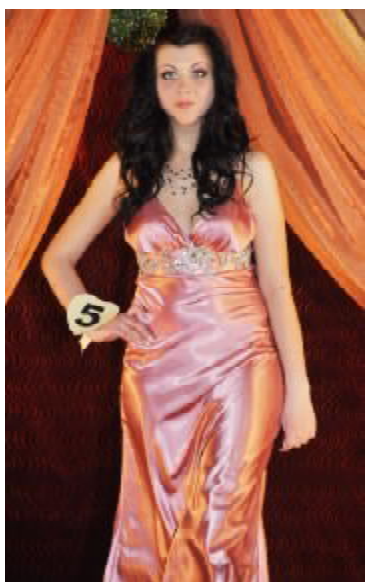
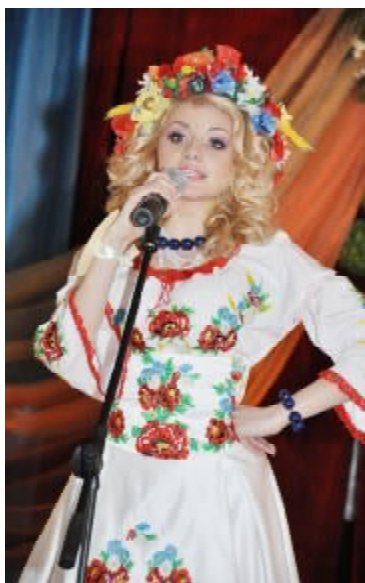
АННА АКОПЯН — «МІС ТДМУ-2011»

(Закінчення. Поч. на стор. 1)

Свято тривало. Учасниці конкурсу з'являлися кожен раз у нових образах, дивували своєю красою та ерудицією. Перший вихід — у національному одязі. Кожен костюм аж очі вбирив розмаїттям художніх елементів. Різноманітність поєдналася з простотою та елегантністю. У другому виході учасниці вирішили підготувати сюрприз для глядачів та журі, перевтілюючись у знаменитих стилів і виконавши відомий танець «Бугі-Вугі». Згодом вийшли у ділових костюмах і давали відповіді на запитання журі. На завершення ж вісім красунь з'явилися у неймовірних вечірніх сукнях.

І ось хвилюючий фінал та отримання нагород. Звання «Міс Вишуканість» отримала Анастасія Шевців, «Міс Оригінальність» — Христина Магдич, «Міс Чарівність» — Оксана Зінько, «Міс Інтернет» — Юлія Онушканець, «Міс Фотомодель» — Оксана Данилюк. «ІІ віце-Міс ТДМУ-2011» стала Соломія Гнатишин. Вона ж — «Міс посмішка». Оксана Бордун перемогла в 3-х номінаціях: «І віце-Міс ТДМУ-2011», «Міс Дружба», «Міс make-up». «Міс ТДМУ-2011» стала студентка 3-го курсу медичного факультету Анна Акопян. Її визнали також «Міс глядацьких симпатій».

Студентка 3 курсу 15 групи



медичного факультету Анна Акопян розповіла:

— Народилася я в прекрасному місті Рівне, але моєю другою домівкою став чарівний Тернопіль. Вдячна за все, що він мені подарував, а особливо за людей, яких тут зустріла і які стали для мене по-справжньому дорогими. Вони дарують мені свою любов, дружбу й підтримку, що допомагає вірити в себе і у завтрашній день. Моя мета, заради якої я, власне, й приїхала до Тернополя — стати майстром своєї справи та зреалізувати себе в ній на всі 100%. А допоможуть мені в цьому батьки та хороші друзі. Моє кредо: працювати над собою все життя. Бути творцем своєї долі!

Сердечну подяку висловлюю ректорові Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, члену-кореспонденту НАМН України, професору Леонідові Якимовичу Ковальчуку, помічнику проректора з навчально-виховної роботи, доценту Олені Володимирівні Лотоцькій, профком нашого ВНЗ на чолі з доцентом Юрієм Васильовичем Углярком, режисеру-постановнику конкурсу «Міс Медуніверситет-2011», керівнику шоу-балету «Фієста», студентці 6 курсу медичного факультету Олені Цибік. Без їх сприяння та допомоги це свято не відбулося б.

**Катерина ЯШАН,
студентка медичного
факультету,
Андрій ВОЙНА (фото)**

ВНУТРІШНЯ ПАТОЛОГІЯ В АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ

Звітальним словом від керівництва Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського до присутніх звернувся проректор з науково-педагогічної роботи, професор В.П. Марценюк, який побажав учасникам конференції плідних наукових дискусій та підкреслив актуальність питань, що виносяться на обговорення. Присутніх також привітали головний спеціаліст з акушерства і гінекології ГУОЗ Тернопільської області к.м.н. О.О. Федченко та головний спеціаліст з терапії ГУОЗ Тернопільської області Л.М.Матюк.

Програмна частина пленарного засідання розпочалася з виступу завідувача кафедри акушерства та гінекології № 2 ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського, професора С.М. Геряк, яка охарактеризувала структуру причин материнської та неонатальної смертності



Лілія МАРТИНЮК, професор ТДМУ

в Україні та Тернопільській області за останні роки. Зазначено, що захворюваність, пов'язана з інфекціями в перинатальному періоді серед новонароджених, викликана екстрагенітальними захворюваннями матері, складає в різних регіонах країни від 29,6 до 102,7 випадків на 1000 новонароджених, інфекційна патологія діагностується у 50-60 % шпиталізованих доношених та 80 % недоношених новонароджених. Більше того, у 38 % померлих дітей інфекції є основною причиною смертності. Доповідач порушила проблему особливостей перебігу, діагностики та лікування внутрішньо-утробних інфекцій плода у жінок на тлі екстрагенітальної патології.

Професор кафедри внутрішньої медицини № 1 ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського Н.В. Пасечко акцентувала увагу на особливостях перебігу ендокринної патології у вагітних. Доповідач наголосила на необхідності ретельного контролю показників вуглеводного обміну та гормонів щитоподібної залози у вказаній категорії хворих, термінах шпи-

24-25 березня на базі КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» відбулася науково-практична конференція «Здобутки та перспективи внутрішньої медицини: внутрішня патологія в акушерсько-гінекологічній клініці», яку zorganizували співробітники кафедр внутрішньої медицини № 1, № 2 та акушерства і гінекології № 2. У конференції взяли участь понад 300 науковців і практичних лікарів з Києва, Івано-Франківська, Вінниці, Чернівців, Львова, Тернополя та області, серед них – 4 головні лікарі, 12 завідувачів відділень, 13 професорів та докторів медичних наук, 18 кандидатів медичних наук, 37 лікарів кардіологів, 19 ендокринологів, 57 акушерів-гінекологів, 46 сімейних лікарів.

талізації та організаційних питаннях забезпечення хворих медикаментами.

Головний спеціаліст МОЗ України з питань репродуктології, завідувач кафедри акушерства та гінекології Буковинського державного медичного університету, професор О.М. Юзько всебічно висвітлив питання використання комбінованих оральних контрацептивів у програмах новітніх репродуктивних технологій та практичній діяльності сучасного лікаря-гінеколога. Особливу увагу доповідач приділив особливостям призначення вказаної групи препаратів при коморбідній патології внутрішніх органів у жінок репродуктивного віку.



Світлана СМІЯН, професор ТДМУ



Надія ПАСЕЧКО, професор ТДМУ

Особливості діагностики та лікування пневмоній у вагітних на теренах Прикарпаття висвітлив завідувач кафедри внутрішньої медицини Івано-Франківського національного державного медичного університету професор М.М. Островський. Значну увагу він приділив особливостям ранніх методів діагностики та проведення інтенсивної терапії у вагітних з грипом та ГРВІ, ускладнених пневмонією.

Цю ж тематику продовжила асистент кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика О.Ю. Хоменко, яка поділилася

досвідом лікування у Київській області вагітних з важким перебігом ГРВІ та грипу, викликаного вірусом А (H1N1), і нововведеннями щодо проведення реанімаційних заходів при розвитку ускладнень у цієї групи хворих.

У своєму виступі завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2 ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського, проф. С.І. Сміян висвітлила особливості перебігу ревматологічних захворювань під час вагітності, серед яких – системний червоний вовчак, системна склеродермія, ревматоїдний артрит та ін., наголосила на ретельному контролі перебігу даних патологій у вагітних, підкреслила, що препаратами вибору



Гості конференції – Олена ХОМЕНКО (Київ) і Віктор ТРИГУБ з Вінниці (на передньому плані)

для лікування вказаної категорії пацієнтів є глюкокортикостероїди.

Про сучасні проблеми захворювань гепатобіліарної системи у вагітних – особливості перебігу вірусних гепатитів, холециститу, хронічних захворювань печінки, HELLP-синдрому йшлося в доповіді завідувача кафедри акушерства і гінекології № 1 ТДМУ, професора Л.М. Маланчук.

У виступі професора Л.П. Мартинюк йшлося про сучасні аспекти діагностики та

лікування інфекційно-запальних захворювань нирок у вагітних. Не викликає сумнівів актуальність цієї проблеми, поширеність захворюваності, важливість своєчасної діагностики. Було висвітлено етіологічні та патогенетичні чинники розвитку інфекційно-запальних захворювань нирок у вагітних, власне, лікування цієї патології.

Значне зацікавлення у присутніх викликав виступ головного лікаря Вінницького медичного

центру «Людмила» В.В. Тригуба, який розповів про сучасний метод лікування міоми у жінок репродуктивного віку



Олександр ЮЗЬКО, професор (Чернівці)

шляхом емболізації маткових артерій.

Доповідь доцента кафедри внутрішньої медицини № 1 ТДМУ Б.Г. Насалика була присвячена питанню ведення вагітності та пологів у жінок з аритміями серця. Автор підкреслив актуальність проблеми, поширеність цієї патології, важливість своєчасної діагностики та адекватного лікування. Особливий наголос доповідач зробив на показаннях до шпиталізації та перериванні вагітності при аритміях, діагностично-лікувальних алгоритмах на всіх етапах надання

лікарської допомоги – дошпитальному етапі, амбулаторному та в умовах стаціонару.

Професор кафедри акушерства і гінекології № 1 ТДМУ С.В. Хміль у своїй доповіді висвітлив сучасні аспекти репродуктивних технологій у жінок з екстрагенітальною патологією, особливо наголосивши на необхідності ретельного обстеження вказаної категорії хворих.

Доцент кафедри акушерства та гінекології № 2 ТДМУ Н.І. Багній у своїй доповіді, присвяченій прогнозуванню невиношування



Світлана ГЕРЯК, професор ТДМУ

вагітності у жінок з нейроендокринними порушеннями, зробила наголос на актуальності цієї проблеми, вказавши на неухильне зростання частоти нейроендокринної патології у вагітних. Автор запропонувала оригінальну ефективну методику профілактики невиношування вагітності та ведення передчасних пологів у жінок з такою патологією.

У доповіді доцента кафедри внутрішньої медицини № 1 ТДМУ Т.О. Паламар йшлося про особливості лікування артеріальних гіпертензій у вагітних, сучасні аспекти діагностики та профілактики даної проблеми. Запропоновано нові підходи до лікування та ведення вагітності у жінок з артеріальною гіпертензією.

Форум мав високий науково-методичний рівень. У рішенні конференції зазначено про доцільність щорічного проведення міждисциплінарних науково-практичних конференцій та запропоновано практикуючим лікарям дотримуватися висвітлених стандартів діагностики й лікування.

Надія ПАСЕЧКО, професор, Світлана ГЕРЯК, професор, Оксана СИДОРЕНКО, асистент

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ОНКОХВОРИХ

На таку тему відбулася науково-практична конференція, яку zorganizували спільно адміністрація обласного онкодиспансеру та кафедра онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини Тернопільського державного медичного університету ім. І. Горбачевського. Захід проходив на базі Тернопільського обласного комунального клінічного онкологічного диспансеру і був присвячений підсумкам роботи онкослужби області за 2010 рік. У ньому брали участь районні онкологи, заступники головних лікарів районних лікарень, лікарі обласного онкодиспансеру, викладачі кафедри онкології, студенти медичного університету.

За минулий рік в області було зареєстровано 3374 хворих з уперше виявленими злоякісними пухлинами (2009 р. — 3193 хворих). Показник захворюваності склав 310,8 випадків на 100 тис. населення (в Україні — 331,8). У 17,7 % хворих діагноз встанов-



Доцент Леонід ШКРОБОТ, професори Ігор ГАЛАЙЧУК (ТДМУ) і Василь ХРАПАЧ (м. Київ), головний лікар онкодиспансеру Шагін БАБАНЛІ

лено на четвертій стадії захворювання.

Торік спеціальне протипухлинне лікування отримали 74 % пацієнтів з уперше встановленим діагнозом (в Україні — 66,9 %). Загальне п'ятирічне виживання онкохворих — на рівні 61,3 %.

Загальна смертність від злоякісних новоутворень становила 172,1 випадку на 100 тис. населення (в Україні — 178,6). Ле-

тальність впродовж одного року з часу встановлення діагнозу склала 31,9 % хворих (в Україні — 34,5%).

Зважаючи на важливість онкологічних проблем, у роботі конференції взяв участь і виступив начальник головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації Михайло Буртняк. Він зупинився на проблемах і перспективах розвитку медичної

служби Тернопільської області 2011 року, в тому числі на ролі та завданнях онкологічної допомоги в умовах реформування медичної галузі. Акцентував на тому, що в деяких районах недостатня робота лікарів з активного виявлення злоякісних новоутворень, низька онкологічна настороженість, слабкий контроль за цією ланкою роботи адміністрації райлікарень, районкологів, районних спеціалістів.

З доповіддю про загальні підсумки роботи онкологічної служби області 2010 року виступив заступник головного лікаря з хірургічної роботи, доцент Леонід Шкробот.

Завідуюча першим хірургічним відділенням обласного онкодиспансеру Оксана Туманова доповіла про загальнообласні результати діагностики та лікування хворих на рак молочної залози, шлунка й рак печінки.

Аналіз надання спеціалізованої онкодопомоги хворим на рак товстої кишки, рак голови та шиї, рак органів сечовидільної системи провів завідувач хірургічного відділення №2 Петро Сабала.

Про стан діагностики та лікування хворих на злоякісні пухлини жіночих статевих органів у Тернопільській області доповіла завідувач відділення онкогінекології Галина Загаря.

Завідувач торакального відділення Володимир Гуменюк проаналізував особливості надання спеціалізованої онкодопомоги хворим на рак легень і рак стравоходу.

Про променеву терапію хворих на злоякісні пухлини різних локалізацій та підсумки роботи радіологічного відділення за 2010 рік доповіла завідувач Оксана Олексій.

Під час другого пленарного засідання виступив з доповіддю «Пластична і реконструктивна хірургія у хворих на рак молочної залози» запрошений на конференцію професор кафедри хірургії №4 Національного медичного університету ім. О. Богомольця (м. Київ), завідувач відділення реконструктивної та пластичної хірургії, доктор медичних наук Василь Храпач.

Професор І.І. Галайчук доповів про «Органозбережні операції у хворих на рак молочної залози» та «Основні зміни в TNM класифікації злоякісних пухлин 7-го видання».

Після завершення наукової програми конференції відбулися звітно-виборні збори обласного наукового товариства онкологів Тернопільщини.

Підсумок роботи конференції підбив головний онколог області Шагін Бабанлі. Після прийняття резолюції всім учасникам конференції вручили сертифікати.

**Ігор ГАЛАЙЧУК,
завідувач кафедри онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини, професор**

ВІДАЄТЕ?

ВИКОРИСТАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

У зв'язку з локалізацією патологічного процесу в дихальних шляхах найбільш ефективним способом застосування лікарських препаратів при бронхолегеневих захворюваннях є інгаляційний. При цьому виключається ефект «першого проходження» та зниження активності препарату в печінці. Суттєвою перевагою інгаляційної терапії є висока концентрація медикаментів у дихальних шляхах за незначної загальної кількості препарату і низький рівень концентрації в організмі загалом.

Лікарські речовини в аерозолях при інгаляційному способі застосування впливають на більшу поверхню слизової оболонки дихальних шляхів, що підвищує фармакологічну активність ліків і швидкий терапевтичний ефект. Крім того, лікарський препарат подається до слизових оболонок верхніх дихальних шляхів і легень хімічно більш активним за рахунок розпиленого стану у вигляді аерозолі.

Інгаляції аерозолів з лікувальною метою використовували ще в давнину. Гален (180 р.н.е.) упер-

Через певні причини, насамперед екологічні, останніми роками відчутне велике зростання й поширеність гострих і хронічних захворювань органів дихання. Нині широко впроваджують у клінічну практику нові системи подачі лікарських препаратів у дихальні шляхи хворих з бронхолегеневими захворюваннями. Особливо це стосується таких захворювань, як бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, муковісцидоз. Саме оптимальний вибір доправлення медикаментозного засобу залежно від клінічного стану та віку хворого впливає на ефективність лікування цієї категорії пацієнтів.

ше описав лікувальну дію сольових частинок, що містяться в морському повітрі. Крім того, засобами для інгаляції в ті часи були пари м'яти, ментолу, евкаліпта.

Ефективність інгаляційної терапії залежить від дози аерозолі, що осідає в різних частинах дихальних шляхів, і визначається такими чинниками: дисперсністю аерозолі (співвідношенням часток в аерозолі за розміром); продуктивністю розпилювача (кількістю аерозолі, що утворюється за одиницю часу); щільністю аерозолі (вмістом розпорошеної речовини в літрі аерозолі); життєвою ємністю легень хворого; втратами препарату під час інгаляції.

Використання інгаляційних пристроїв видається найбільш логічним та ефективним, адже лікарський препарат подається безпосередньо до того місця, де він повинен діяти — в дихальні шляхи, отже, можна виділити такі переваги інгаляційного способу введення ліків: більш швидкий початок дії лікарського засобу; потрібна менша доза препарату; знижується ризик розвитку побічних ефектів.

Всі ці переваги забезпечують досягнення основної мети інгаляційної терапії — досягнення максимального місцевого терапевтичного ефекту у дихальних шляхах при незначних проявах

або відсутності системної побічної дії.

Інгаляційна терапія дозволяє досягти таких результатів:

- поліпшення дренажної функції дихальних шляхів;
- санації дихальних шляхів і бронхіального дерева;
- зменшення набряку;
- купування бронхоспазму;
- впливу на місцеві імунні реакції респіраторного тракту;
- поліпшення мікроциркуляції та регенерації слизової оболонки дихальних шляхів.

Наразі найбільш перспективним методом невідкладної терапії органів дихання, особливо загострення бронхіальної астми та хронічних обструктивних хвороб легень, є небулайзерна терапія. Небулайзери — це пристрої для розпилення лікарських препаратів та їх доправлення у дихальні шляхи.

Небулайзери мають найбільш тривалу історію застосування. Їх використовують уже майже 150 років. Слово «небулайзер» походить від латинського «nebula» — туман, хмарка. Вперше воно було вжито 1872 року для позначення «інструменту, що перетворює рідку речовину в аерозоль для медичних цілей». Один з перших портативних «аерозольних апаратів» був створений ще раніше — 1859 року в Парижі J. Sales — Girons. Як джерело енергії для небулайзера тоді використовували струмінь пари й застосовували ці пристрої для інгаляції смол та антисептиків у хворих на туберкульоз.

Небулайзерна терапія — це введення в бронхи лікарських речовин у вигляді аерозолі (найдрібніших крапельок рідких лікарських засобів, завислих у повітряному середовищі). Перевага небулайзерної терапії полягає в більш швидкому створенні необхідних для лікування високих концентрацій лікарських речовин саме в осередку ураження — в бронхах, минаючи печінку. При цьому збільшується активна поверхня взаємодії зі слизовою оболонкою бронхів і легень, зростає ефективність лікування. Аерозолі лікарських препаратів можуть розріджувати харкотиння та сприяти його виведенню, зменшувати набряк і запалення слизової оболонки дихальних шляхів, регулювати ступінь зволоження дихальних шляхів.

(Закінчення на стор. 10)

ВИКОРИСТАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

(Закінчення. Поч. на стор. 9)

Небулайзери дозволяють максимально швидко зупинити напад ядухи, загострення бронхіальної астми або хронічного обструктивного захворювання легень. Їх можна ефективно застосовувати навіть при симптомах загрози життю, тобто, по суті, на всіх етапах надання медичної допомоги (як на етапі невідкладної допомоги, так і в умовах поліклініки, стаціонару чи вдома), адже виражені системні побічні реакції при використанні небулайзерів є мінімальними і зустрічаються вкрай рідко.

Вони можуть застосовуватися як при стабільному перебігу хвороб органів дихання, так і при їх загостренні. Насамперед дуже важливого значення набуває небулайзерна терапія на дошпитальному етапі, у тому числі при наданні невідкладної медичної допомоги. При цьому широко використовують бронхолітики, протизапальні препарати шляхом небулізації. На стаціонарному етапі небулайзерна терапія також посідає одне з провідних місць у лікуванні людей з респіраторною патологією. Це стосується використання таких препаратів, як муколітики, бронхолітики, протизапальні та антибактерійні засоби. Небулайзерній терапії відводять важливе місце в лікуванні та реабілітації хворих з бронхолегеневими захворюваннями на етапі надання санаторної медичної допомоги. Зараз неможливо собі уявити фізіотерапевтичне відділення без інгаляторію. На етапах відновлювального лікування (амбулаторно-поліклінічний, санаторно-курортний) небулайзерна терапія є невід'ємною частиною реабілітаційної програми у осіб з рецидивуючими та хронічними бронхолегеневими захворюваннями. Широкого призначення для інгаляційного застосування набули імуномодулятори, рослинні збори, аромокомпозиції.

Небулайзер складається з двох основних частин:

- компресорного або ультразвукового приладу, що подає стислий струмінь повітря або кисню, який розпилює лікувальний розчин;

- розпилювача особливої конструкції (саме ця частина небулайзера визначає його основні характеристики), що пропускає на виході переважно дрібнодисперсні частки розчину (1-5 мкм).

Існує два основних типи небулайзерів.

1. Ультразвукові небулайзери, в яких розпилення досягається завдяки високочастотній вібрації п'єзоелектричних кристалів. Дисперсність аерозолів, що утворюються ультразвуковими інгаляторами, досить висока і становить від 2 до 50 мкм. Суспензії, олійні розчини, по суті, не перетворюються на аерозолі за допомогою ультразвукових інгаляторів. Їх також не реко-

мендують використовувати для розпилення речовин, що мають великі молекули (наприклад, антибіотики). Недоцільним є використання в ультразвукових інгаляторах дорогих лікарських препаратів через їх велику витрату у фазі видиху. Існують дані щодо руйнування таких лікарських препаратів, як імуномодулятори, глюкокортикоїди, сурфактант, гепарин, інсулін, під впливом ультразвуку. За допомогою цих пристроїв можна розпилювати великі об'єми рідини (20-30 мл за 20-25 хв), які можуть бути необхідні для проведення діагностичних досліджень, зокрема, для отримання індукованого харкотиння. Недоліком ультразвукових інгаляторів також є висока вартість, що стримує їх широке застосування у клінічній практиці.



2. Компресорні небулайзери, в яких генерація аерозолу здійснюється стисненням повітря або киснем. Вони складаються з компресора, який є джерелом потоку газу, та небулайзерної камери, в якій безпосередньо розпилюється рідина. Існує декілька типів компресорних небулайзерів.

1. Звичайний небулайзер, що працює у постійному режимі. Його основний недолік полягає в тому, що генерація аерозолу проходить у фазу вдиху та видиху хворого, тому значна його частина потрапляє в атмосферу і лише відносно невелика (7%) — у легені.

2. Небулайзер, що працює в постійному режимі та керується вручну. Він відрізняється тим, що пацієнт має змогу у фазі видиху припинити вихід аерозолу, а отже, зменшувати його вихід в атмосферу.

3. Небулайзер, який керується вдихом хворого й працює у змінному режимі. Існує спеціальний клапан, який закривається при видиху пацієнта. При цьому в дихальні шляхи потрапляє 15% лікарського засобу.

4. Дозиметричний небулайзер, що генерує аерозоль лише у фазу вдиху завдяки спеціальному клапану, роботою якого керує електронний датчик. Недоліком цього пристрою є вели-

ка тривалість однієї інгаляції та значна вартість приладу.

При застосуванні небулайзерної терапії для її максимальної ефективності необхідно дотримуватися таких основних чинників:

1. Вибір найбільш практичного та надійного інгалятора, що створює аерозолі дисперсності від 2-5 мкм;

2. Вибір лікарських засобів, послідовності та методики їх застосування, залежно від вираженості клінічних симптомів захворювання та мети використання. Дотримуючись тактики послідовного застосування препаратів з різною фармакологічною активністю й спрямованістю протягом доби, ми не є прихильниками одночасного змішування препаратів, що можуть виявитися хімічно та біологічно несуміс-

3 метою запобігання забрудненню інгаляційних розчинів:

- ретельно вимити руки;
- за необхідності розведення лікарського засобу застосовувати стерильні розчини, одноразові шприци та голки;
- розводити препарати безпосередньо перед кожною інгаляцією.

- видаляти лікарські засоби з небулайзера після кожної інгаляції;

- вилити залишки препарату;
- увімкнути порожній небулайзер на декілька секунд;

- промити його гарячою водою або спеціальним миючим засобом згідно з інструкцією до цього пристрою;

- проводити стерилізацію небулайзера у розібраному вигляді за допомогою автоклава або кип'ятіння (не менше 2 хв.).

- після обробки інгалятора висушити всі частини небулайзера.

- проводити щорічну перевірку якості роботи небулайзера. Кожен пристрій повинен мати етикетку, де вказана дата останньої інспекції.

Хворі та медичний персонал мають бути ознайомлені з правилами застосування небулайзера.

Перевагами небулайзерної терапії перед іншими видами інгаляційної терапії є:

- можливість застосування в будь-якому віці у зв'язку з відсутністю необхідності синхронізації вдиху та інгаляції;
- можливість інгаляції високих доз препарату;

- невелика фракція препаратів, що осідає в порожнині рота;
- відсутність пропелентів, що подразнюють дихальні шляхи;

- можливість включення у контур подачі кисню та штучної вентиляції легень;
- простота техніки та комфортність для пацієнта;

- економічність використання лікарських препаратів;
- швидка місцева дія робить цей метод більш корисним та безпечним у лікуванні загострень обструктивних захворювань легень порівняно із загальноприйнятою системною інфузійною терапією.

Основні правила прийому інгаляцій.

1. Інгаляції проводять через 1-1,5 години після прийому їжі, фізичного навантаження.
2. Інгаляції приймають у спокійному стані.
3. Під час прийому інгаляції не рекомендується робити нахил тулуба вперед, одяг не повинен стискати шию, адже це ускладнює дихання.
4. При захворюваннях носа та носоглотки вдих і видих необхідно робити через ніс (назальна інгаляція). При цьому рекомендується застосовувати спеціальні носові насадки до небулайзера.
5. При захворюваннях глотки, гортані, трахеї та бронхів рекомендується вдихати ротом.

6. Під час інгаляції необхідно робити повільний глибокий вдих із затримкою дихання наприкінці вдиху на 2 сек., а потім видихати через ніс.

7. Часте глибоке дихання може спричинити запаморочення, тому рекомендується робити короткі перерви.

8. Перед процедурою хворим не дозволяється приймати відхаркувальні засоби.

9. Об'єм рідини, рекомендованої для інгаляції, у більшості випадків становить 2-5 мл. У деяких випадках до лікарського препарату додають фізіологічний розчин. Для цього не можна використовувати дистильовану воду, гіпо- та гіпертонічні розчини, адже це може спричинити бронхоспазм.

10. Після інгаляції слід прополоскати ротоглотку для запобігання системній дії та розвитку побічних ефектів препарату, особливо у разі застосування інгаляційних глюкокортикостероїдів.

11. Тривалість однієї інгаляції становить 5-10 хв. Курс лікування — від 6-8 до 15 процедур.

Можливості небулайзерів різко розширили сферу застосування інгаляційної терапії. Тепер вона стала доступною для пацієнтів усіх вікових категорій, оскільки не вимагає від хворого особливих навичок користування інгалятором. Метою інгаляційної терапії є досягнення максимального місцевого терапевтичного ефекту в дихальних шляхах при незначних проявах або відсутності побічних дій.

Таким чином, небулайзерну терапію можна широко використовувати на всіх етапах надання медичної допомоги людям із захворюваннями органів дихання. Необхідно також широко впроваджувати небулайзери насамперед у роботу невідкладної допомоги, а саме оснащення карет швидкої допомоги, що підвищить якість надання дошпитальної медичної допомоги. Рекомендується також застосовувати небулайзерну терапію у роботі спеціалізованих відділень (пульмонологічних, алергологічних), що дозволить підвищити ефективність і скоротити термін стаціонарного лікування хворих з респіраторною патологією. Широке використання небулайзерної терапії в санаторних, амбулаторно-поліклінічних умовах дозволить удосконалити відновлювальне лікування та підвищити його ефективність.

Ігор ГОСПОДАРСЬКИЙ,
завідувач кафедри клінічної імунології, алергології та загального догляду за хворими, професор,
Надія РЕГА,
асистент кафедри,
Людмила ШВЕДОВА,
завідувача пульмонологічним відділенням університетської лікарні

МЕДИЦИНА НА СЕЛІ

ІН'ЄКЦІЇ ЛІКАРСЬКОЇ АМБУЛАТОРІЇ

У будівлі Базарської сільської ради, що в Чортківському районі, перший поверх торік відвели для лікарської амбулаторії. Цей заклад у селі створили 15 років тому. Тіснився він тривалий час у колишньому медпункті, який свого часу облаштували в шкільній майстерні. Лікар доїжджає сюди за майже 20 км. Зустрітися з нею не вдалося, не було. Зате по-розмовляв і навіть побачив,

як обслуговують односельців медсестри Оксана Орлик і Слава Карабін.

Слава Михайлівна у медицині вже 45 років, завідувала колись місцевим ФАПом, тепер — медсестра загальної практики. Каже, колись турбувалася здоров'ям 2000 базарчан, приймала пологи, адже були розгорнуті три «пологових» ліжка. Зараз у селі мешкає майже 850 осіб, у разі необхідності їм в амбулаторії кардіограму зроблять, аналізи крові, фізпроцедури, нададуть долікарську допомогу. Сільські медики також займаються медоглядами, оглядають та щеплять дітей, здійснюють патронаж, ходять на виклик до хворих. І пологи теж не відмовляться прийняти. Такий випадок трапився, щоправда, шість років тому. Але він був унікальний. Адже немовля важило заведше 900 грамів. Завдяки медпрацівникам дівчинка пізнала радість життя, тепер вона навчається в першому класі.

Необхідними медикаментами, як стверджує Слава Карабін, амбулаторія забезпечена. Додатково недужий може придбати потрібні препарати в сільському аптечному кіоску.

Лесь ЯВОРІВ



У лікарській амбулаторії: ін'єкцію мешканці села Надії БОГАЧ робить медсестра Оксана ОРЛИК

ПРИВІЗ ІЗ ЗАРОБІТКІВ РІДКІСНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ

На Тернопільщині зареєстрований завізний випадок лейшманіозу. Хворий — 41-річний чоловік, який протягом останніх двох років перебував на заробітках в Італії.

Чоловік хворів останні два місяці. Його турбували сухий кашель, ядуха, періодичне підви-

щення температури тіла до 37,8-38,6 °С, загальна слабкість, пітливість.

Хворий тривалий час не звертався за допомогою до медиків і лікувався самостійно від бронхопневмонії. Однак згодом при дослідженні стерильної пункції кісткового мозку були виявлені

збудники вісцерального лейшманіозу.

— Зараз хворий перебуває на лікуванні за кордоном, — зазначає завідувач відділення медпаразитології обласної санепідстанції Олена Авсюкевич.

Лілія ЛУКАШ

ЦІКАВО

ОФІСНЕ ПОВІТРЯ ЗАГРОЖУЄ СЕРЦЕВИМ НАПАДОМ

Американські та британські медики радять не сідати поряд з копіювальним обладнанням, щоб зберегти здоровими серце та легені. Згідно з даними останнього дослідження найчастіше серцеві напади трапляються не через надмірні навантаження або тривалий стрес, а з вини повітря, яким ми дихаємо.

Під час досліджень співробітники університету в Бірмінгемі встановили, що «останньою краплею» у розвитку багатьох смертельних захворювань стає атмосфера, забруднена частинками пилу та сажі розмірами менше десяти мікрон.

«Ці частинки суттєво підвищують ризик респіраторних захворювань, а також сприяють загусанню крові. А якщо ви страждаєте на ішемічну хворобу серця, вони можуть викликати серцевий напад», — підкреслив професор медицини Йон Айрес.

Проникаючи в легені, частки бруду викликають запальні процеси, що істотно підвищують ризик інсультів, інфарктів і навіть виникнення ракових

пухлин. Особливо від забрудненого повітря страждають астматики: частота нападів захворювання безпосередньо залежить від рівня концентрації шкідливих речовин у навколишньому середовищі.

Дослідники зазначають, що піша прогулянка загазованою вулицею завдає легеням такої шкоди, як викурена цигарка. Медики рекомендують уникати основних автомагістралей, а при русі міськими вулицями вибирати ті маршрути, де дорогою зустрічається максимальна кількість насаджень.

Британським медикам вторять їхні заокеанські колеги. Останні дослідження американських та австралійських фахівців з охорони навколишнього середовища продемонстрували, що рівень забруднення повітря у приміщеннях у два-п'ять разів перевищує аналогічні показники на вулиці. При цьому також підраховано, що 90% часу більшість людей проводять всередині приміщень — вдома і на роботі.

Поза вулицею основними джерелами атмосферних забруднень виявилися миючі засоби, освіжувачі повітря та деякі синтетичні поверхні. Зокрема, екрани телевізорів і моніторів

випускають у повітря леткі органічні сполуки, здатні викликати ракові захворювання. Особливу увагу вчені звертають на небезпеку копіювальної техніки, від якої, за їхнім ствердженням, краще відсидіти подалі та відгородитися живими рослинами.

НОВІ ЛІКИ ВІД РАКУ

На думку німецьких дослідників, речовина, виявлена в грудному молоці, може стати новими ліками від раку.

Речовину, відому під назвою HAMLET (Human Alpha-lactalbumin Made Lethal to Tumour cells), виявили в грудному молоці кілька років тому, проте лише зараз з'явилася можливість випробувати її в лабораторії на людях, пояснили вчені. У дослідженні брала участь група людей, які страждають від раку сечового міхура. З'ясувалося, що в період лікування пацієнтів екстрактом грудного молока в них під час сечовипускання виділялися мертві ракові клітини. За словами експертів, найважливішою властивістю речовини є те, що вона вбиває лише ракові утворення, не ушкоджуючи здорових клітин.

КОНЦЕРТНА ПРОГРАМА

СТУДЕНТИ СЛУХАЛИ ПОЕЗІЇ РИЛЬСЬКОГО

Студентів та викладачів нашого університету народна артистка України Любов Ізотова запросила на нову концертну програму. Зі сцени обласної філармонії Любов Андріївна заповзлялася розповісти про час, «Коли співають зорі». Основою ж такої її розповіді-зустрічі стала творчість видатного українського письменника, академіка Максима Рильського.

Принагідно зазначити, що до творчості Максима Тадейовича Любов Ізотова вже зверталася шість років тому, готуючи концертний проєкт. Тоді, щоправда, поезії славетного Рильського читала заслужена артистка України Віра Самчук. Цього разу мали можливість послухати вірші класика в чоловічій інтерпретації. Проникливо, емоційно, розважливо й водночас експресивно прозвучали вони у виконанні артиста



Народна артистка України Любов ІЗОТОВА

Тернопільського академічного драмтеатру ім. Т. Шевченка Миколи Петрушенка. А от деякі сторінки життєпису М. Т. Рильського розповів молодий актор Роман Демчук. Він нагадав, зокрема, що письменник виростав в оточенні цілого грона корифеїв української культури — Лисенків,

Старицьких, Косачів, Ревуцьких, а його іскру Божу помітила Леся Українка, пророкуючи Максиму Тадейовичу роль свого поетичного спадкоємця.

Власне, поезії Рильського про видатних українців Лесею Українкою, Тараса Шевченка, Миколу Лисенка, а також про світові слави композиторів Людвіга ван Бетховена та Фредерика Шопена звучали з уст Миколи Пет-



Артист Роман ДЕМЧУК і піаністка Наталія БАРИЛКО



Артист Микола ПЕТРУШЕНКО читає Рильського

рушенка. А ще він звернувся до перекладацької діяльності Максима Рильського й запропонував українською мовою поему Олександра Пушкіна «Бахчисарайський фонтан». Завдяки піаністці Наталії Барилко прозвучали не лише «Шопена звуки милі», а й тво-

ри того ж таки Бетховена, інших авторів.

Цілий зорепад пісень, ноктюрнів, романсів українською, російською та польською мовами подарувала глядачам Любов Ізотова. Передусім виконала музичні твори Миколи Дремлюги та Якова Степового на вірші Максима Рильського «Спинилось літо на порозі», «Весняний вальс» і «Зорі сяють». Підготувала й Шопенівський романс «Квіти», текст якого слухачам здебільшого відомий російською мовою. Проте артистка співала про підсніжники, фіалки, троянди, бузок, лілії та айстри польською, у перекладі тернопільянки Богдани Дурди.

«А душа — немов океан», — так сказав Максим Рильський про Лесею Українку. Завдяки Любові Ізотовій, Миколі Петрушенку, Романові Демчуку та Наталії Барилко тернопільяни могли відчувати й бурхливий, а інколи й уштіли океан душі, любові, життя самого Максима Тадейовича.

Микола ВІЛЬШАНЕНКО

ВИНО СМАЧНІШЕ ЛІКІВ, АЛЕ ПРИНОСИТЬ ДЕСЯТКИ ХВОРОБ

А я козацького роду, п'ю горілочку, як воду.

Алкоголік — це людина, яка п'є більше за свого лікаря.

Був п'яним, як чіп.

Береться за діло, як п'яний за тин.

Вино слід пити з малої чарки, а знання — з великої.

Вино допомагає нам бачити світ в приємному світлі.

Випив — прощай, розуме, завтра побачимось.

Від чарки до витверезника та реанімації — один крок.

Горілка, як дівка, куди захоче поведе.

Де горілка, там і повіі.

Коли батьки п'ють, тоді діти починають «чокатися».

Напоїш цапа вином, тоді він і на вовка попре.

Пити можна всім, лише треба знати, за що і скільки.

Пияцтво — надійний спосіб позбутися розуму.

Пияцтво — ефективний засіб скоротити собі життя.

Прийшов, напився, закусив.

Пан Хома лежить під тином, п'яний, як свиня.

Село гуляє, чарка кружляє.

У п'яниці сім п'ятниць на тиждень.

Украв — випив — заснув.

Якщо жити по-чорному, то легко попасти в обійми білої гарячки.

Як подумаєш про наше життя, то хочеться випити.

ОБ'ЄКТИВ



Що ж пише «Медична академія»? Цікавляться **Тетяна ПОЛІЩУК та Юлія БАТРАКОВА**, студентки медичного факультету

Фото Андрія ВОЙНИ

Цікаво

З ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ

(Закінчення. Поч. у № 6)

Першим з вітчизняних докторів медицини, ім'я якого нам відоме, був український вчений XV ст. Георгій (Юрій) Дрогобич. Ступінь доктора йому присвоїли у Болонському університеті 1482 року, де він викладав астрономію та медицину, а в період 1481-1482 рр. обіймав посаду ректора цього університету. Найнезвичайнішими дослідженнями

треба, мабуть, вважати дослідження лікарів-науковців на собі. Так, видатний патологоанатом та епідеміолог Г.М. Мінх дослідом на собі 1874 року вперше довів перенесення поворотного тифу кровососними комахами. Харківський гігієніст В.В. Фавр 1902 року заразив себе малярією з метою довести роль малярійного комара як переносника цієї хвороби.

ДУШ З ХЛОРОВАНОЮ ВОДОЮ МОЖЕ СПРОВОКУВАТИ РАК

Занадто часте відвідування басейну з хлорованою водою та навіть просте миття під душем можуть завдати шкоди здоров'ю. Канцерогени, що проникають в організм через шкіру, можуть спровокувати рак сечового міхура.

Небезпеку для організму становить канцерогенна речовина, яка називається тригалометан (ТНМ) і є побічним продуктом хлорування води.

У дослідженні, яке провели іспанські вчені, взяли участь 1270 «заможних іспанців», які з метою

зниження впливу на організм отруйних речовин п'ють бутильовану воду, а замість ванни віддають перевагу душу.

«Більш заможні та освічені люди можуть думати, що за рахунок бутильованої води вони менше зазнають впливу небезпечних елементів, — каже представниця Центру досліджень екологічної епідеміології в Кастілья Ла Манча, доктор Джемма Кастаньо-Віньялс. — Але їхні спроби уникнути впливу на організм води з-під крану «компенсують»


під час відвідування басейну або прийняття душу, адже ТНМ, що міститься в хлорованій воді, всмоктується через шкіру».

У висновках учених щодо цього дослідження йдеться: додатковий ризик захворювання на рак сечового міхура через ТНМ, є «невеликим».

Зазначимо, що півроку тому іспанські вчені опублікували перше дослідження, присвячене вивченню побічних продуктів дезінфекції в басейнах, а також впливу хлорованої води на людей. Тоді вони вперше повідомили, що плавання в хлорованій воді може викликати пошкодження ДНК, що може спровокувати розвиток раку і респіраторних захворювань.

Відповіді у наступному числі газети

СКАНВОРД

→		↓	↓	↓	1. Шеренга військових	
→	2. Поліц. серіал		3. Талисман	4. Бій		6.
↓	↓	→			8. Вічне місто	↓
→	5.		7. Прихильник прекрасного		9. Лікарс. препарат	10. Рішуча протидія
			11. У фехтуванні	12. Ріка забуття		
		→	13. Означє «ко-лишний»	14.	15. Батько амер. детективу	↓
→	16. Грське поселення	↓	17. Компот	18. За редьку не со-лодший	21. Величчання	
→	19. Укр. телеканал	↓	20. Відмітка у пас-порті	22. Франц. фантаст		↓
→	23. Портъ-ера				24. Грин-джоли	25. Нота
		→	26. Европ. країна			27. Амер. хижак
→	28. Команда О. Скрипки	→	29. Хвороба хлібних злаків			30. Рос. художник
		→	32. Першооснови			31. Кільце гусениці
→	33. Сузір'я	→				34. ...-134
→	36. Балка	↓	37. Мисли-тель	38. При-родне явище	39. Укр. автажі-вка	35. Право
→	40. Герой творів Ж. Сіменона				41. Папуга	
→	42. Плем'я - сусід слов'ян				43. ... з Бережан до кадри	44. Убога хата
→	45. Підрозділ міліції				46. Страш-на баба	47. Ув'яз-нення
		→	49. Крам-ниця			48. Казка М. Ко-цюбин-ського
→	50. Старо-слов. літера					51. Етап
→	53. Аркан				54. Ім'я	52. Розпо-рядження
		→			56. Єдино-борство	57. Горю-чий газ
→	58. Довгу-нець	→	59. Укра-їнський хокейний клуб		60. Велодо-рожка	
→						61. Німец. Донбас
→	62. Батько чоловіка	→	63. Геом. фігура			64. Телепрограма
→	65. Портова споруда				67. Амер. косміч. центр	66. Схід. спирт. напій
		→	68. Щастя футболі-ста	69. Пункт спосте-реження	70. Худий кнь	71. Нісен-тниця
→		→		73. Шолом пожеж-ника		
	74. Група	→	75. Не-сподіва-на пере-вірка			76. Титул начальни-ка в Ірані
→		→	77. Ово-чева справа	78. Рілля		
→	79. Капітан ковчега				80. Англ. екіпаж	
	81. Гектар	→	82. ... радуйся, земле		83. Мати богів	84. 2/3 пісня А. Варум
→	87. Японсь-ка гра	→	88. Ім'я			85. Фільм
		→			89. Муз. інстру-мент	86. Автор «Чапс-хана»

Відповіді на сканворд, вміщений у № 6 (287) за 2011 р.

1. Гайморит. 2. «Ох». 3. Саєнко. 4. Отоскоп. 5. Токсикоз. Інтоксикація. 6. Сі. 7. Онук. 8. Виразка. 9. Ви. 10. Собор. 11. Аза. 12. Остеопороз. 13. Осика. 14. Книшов. 15. Оз. 16. База. 17. Набряк. 18. «Аркан». 19. Ар. 20. Ом. 21. Ара. 22. Ял. 23. Яр. 24. Остеома. 25. Тромбоз. 26. Сом. 27. Ля. 28. Синдром. 29. Ан. 30. Флюс. 31. Дим. 32. Ют. 33. НБА. 34. Шалімов. 35. Дон. 36. Шанс. 37. Знак. 38. ГРЗ. 39. Км. 40. Арик. 41. Море. 42. Онікс. 43. Комісаренко. 44. Муар. 45. Мю. 46. Лимон. 47. Ікона. 48. Рік. 49. ОПЕК. 50. Яга. 51. Бард. 52. Як. 53. Кіл. 54. Нью. 55. Ангїна. 56. Рак. 57. Кїт. 58. Ада. 59. Алюр. 60. Нитка. 61. Матч. 62. Клїр. 63. Сало. 64. США. 65. Ер. 66. Шар. 67. Осмії. 68. Ват. 69. Черенько.