

МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

№ 19 (348)
ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ
12 жовтня 2013 року



Вісті

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ

У НОМЕРІ

ТДМУ ВІДВІДАЛА ДОННА МАКЛЕЙН З КАНАДИ

1-2 жовтня наш університет відвідала пані Донна Маклейн, викладач факультету охорони здоров'я та суспільних наук університету імені Грента МакЮена, Канада, повідомляє сайт ТДМУ (<http://www.tdmu.edu.te.ua>).



Зустріч Донни МАКЛЕЙН з ректором ТДМУ, членом-кореспондентом НАМН України, професором Леонідом КОВАЛЬЧУКОМ

Програма її перебування передбачала зустріч з керівництвом університету, а також ознайомлення з корпусом навчально-наукового інституту медсестринства та лабораторією практичних навичок і бібліотекою.

Гостя зустрілася з ректором університету, членом-кореспондентом НАМН України, професором Л.Я. Ковальчуком. Були визначені конкретні пріоритети співпраці між факультетом охорони здоров'я та суспільних наук університету імені Грента МакЮена й Тернопільським державним медичним університетом ім. І.Я. Горбачевського.

Донна Маклейн зустрілася також з викладачами ННІ медсестринства, з вітчизняними та іноземними студентами, яким прочитала лекцію з проблем гіпертензії.

Гостя ознайомила з університетською лікарнею, зустрілася з практикуючими медсестрами, яким теж прочитала лекцію «Методи вимірювання артеріального тиску».

Результатом візиту Донни Маклейн стало досягнення попередньої домовленості про організацію співпраці між університетом імені Грента МакЮена, Канада, та Тернопільським державним медичним університетом ім. І.Я. Горбачевського.



До складу молодіжної обласної державної адміністрації, що створена при Тернопільській ОДА, ввійшли студенти різних ВНЗ Тернополя та молодіжні лідери, які працюватимуть на громадських засадах. Приємно, що членом цього дорадчого органу став представник нашого університету – студент 3 курсу медичного факультету Денис АНДРЕЙЧУК (на фото)

Стор. 6

ФОРУМ

УЧАСТЬ У ПЕРШОМУ ОСВІТНЬОМУ КОНГРЕСІ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ АКАДЕМІЇ ПЕДІАТРИЇ

19-22 вересня у французькому місті Ліон відбувся освітній конгрес Європейської академії педіатрії, в якому взяла участь делегація з України. Форум присвятили актуальним питанням педіатрії. Вчені та педіатри-практики з Франції, Великобританії, Нідерландів, Італії, Ізраїлю, Туреччини, Польщі, Литви та інших країн представили результати своєї наукової та практичної діяльності. Також зорганізували майстер-класи з гастроентерології та нутриціології.

Під час конгресу важливу увагу приділяли розвитку скринінг-програм для своєчасного виявлення ознак насильства над дітьми, а також питанням вакцинації. Зокрема, проф. Кетрін Вейл-Олівер із Франції прочитала лекцію, в якій зважувала всі «за» і «проти» вакцинації та наголосила на важливості цього процесу не лише для захисту однієї людини, а й в аспекті створення колективного імунітету.

Від Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського у конгресі взяли участь завідувач кафедри педіатрії №2 Галина Андріївна Павлишин, асистент кафедри педіатрії №2 Наталія Богданівна Галіаш та асистент кафедри педіатрії ФПО Тетяна Вікторівна Гаріан.

Стор. 3-4

ЕКСТРЕНА ТА НЕВІДКЛАДНА – НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Кафедра медицини катастроф і військової медицини ТДМУ, як опорна в Україні з дисципліни «Екстрена та невідкладна медична допомога», вже втретє провела Всеукраїнську науково-практичну конференцію з міжнародною участю «Актуальні питання підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги медицини катастроф у вищих медичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації».



Стор. 5

КОМАНДА ТДМУ – АКТИВНИЙ УЧАСНИК I-ОЇ СТУДЕНТСЬКОЇ СПАРТАКІАДИ В ТЕРНОПОЛІ

У рамках проекту «Тернопіль – студентська столиця» з ініціативи міського голови Сергія Надала відбулася перша міська спартакіада серед тернопільських студентів. Протягом двох днів тривали змагання. Студенти боролися за перемогу в 9 видах спорту. Збірна ТДМУ була активною у більшості з них і гостинно приймала гостей на своїй базі у спортивному корпусі. У підсумку збірна ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського посіла третє загальнокомандне місце серед команд ВНЗ Тернополя.



Стор. 6

Стор. 9

ЩО ДЕНЬ ПРИЙДЕШНІЙ НАМ ГОТУЄ?

Нанотехнології – це ключ, по суті, до безмежних можливостей. Чи варто мовити, що це приваблює не лише гуманістів і пацифістів. Тому, з нашої точки зору, опанування людством нанотехнологій передовсім потребує перегляду певних існуючих морально-етичних норм, змін у законодавчому полі.



«ПРЯМУЙ ДОРОГОЮ ДО ЗДОРОВОГО СЕРЦЯ»

Саме під такою назвою стартував 23 вересня Всеукраїнський тиждень серця, який в Україні зорганізували вже третій рік поспіль.

Цьогоріч проект «Прямуй дорогою до здорового серця» охоплює українців усіх вікових категорій, адже дбати про здорове серце потрібно з дитинства. Впродовж тижня в усіх областях України відбулося чимало заходів, спрямованих на підвищення поінформованості людей про методи профілактики серцево-судинних захворювань та популяризації здорового способу життя.

Прес-конференцію для місцевих та всеукраїнських мас-медіа в рамках відзначення цієї події зорганізували в Тернопільській облдержадміністрації за участю директора департаменту охорони здоров'я ОДА Руслана Мостового, провідних науковців ТДМУ та представників практичної кардіології.

Відкриваючи прес-конференцію, директор департаменту охорони здоров'я Тернопільської ОДА Руслан Мостовий наголосив на важливості контролю лікування та профілактики серцево-судинних захворювань як таких, що забирають життя багатьох людей світу й України зокрема. Він наголосив на тривожних показниках серцево-судинних хвороб, які у структурі смертності займають майже понад 60 відсотків. Від найпоширенішого захворювання системи кровообігу — гіпертонії нині страждає понад 12 мільйонів українців. І Тернопільщина у цій статистиці — не виняток. Найгірше те, що з 60 відсотків хворих, які знають про свою недугу, лікується лише 15%. Як відомо, нелікований підвищений тиск призводить до інфарктів міокарда та інсультів. Ось чому так важливо нині з допомогою ЗМІ, лікарів первинної практики інформувати недужих про це. Тому найголовнішим є формування суспільної думки, що зорієнтована на активну протидію серцево-судинним недугам.

Постійне інформування мешканців щодо дотримання здорового способу життя, раннє виявлення пацієнтів з високим серцево-судинним ризиком, вчасне виконання вторинної та третинної профілактики, дотримання національних формулярів і протоколів лікування, забезпечення ефективної роботи мережі закладів системи охорони здоров'я із застосуванням необхідних методів лікування, у тому числі так званих інтервенційних процедур, за словами Руслана Мостового, і є тими

чинниками, які збережуть здоров'я краян.

Не оминув очільник медичної галузі краю й пілотного проекту з впровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, підкресливши, що до переліку ліків, на які можна отримати знижку від держави, нещодавно ввійшли й комбіновані препарати. Також умови пілотного проекту змінено таким чином, що більшість ліків пацієнт з рецептом зможе отримати з 90-відсотковою знижкою, тобто майже безкоштовно.

Ситуація із серцево-судинними захворюваннями на Тернопіллі залишається складною, продовжила думку головний терапевт департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації Лариса Матюк. На Тернопіллі на серцево-судинні та судинно-мозкові захворювання страждає 57,8% дорослих, у т.ч. 36,8% працездатних. Проте, є інші цифри. Так, 2012 року порівняно з 2008 роком смертність краян від хвороб системи кровообігу знизилася на 6,7%; первинний вихід на інвалідність дорослого населення зменшився на 10,0%; знизилась щорічні темпи зростання поширеності серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань серед дорослих. Таких результатів вдалося досягти завдяки виконанню заходів обласної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань, а також реалізації пілотного проекту

— Тривалість життя гіпертоніка, що не звертається за допомогою до фахівців та не отримує адекватне лікування, на 17 років менша, ніж хворого, який стежить за своїм здоров'ям, — наголосив на прес-конференції завідувач кардіологічного диспансерного відділення університетської лікарні Валерій Павлов. — Ця цифра має насторожити пацієнта, який нехтує лікуванням.

Негативні соціально-економічні та екологічні фактори, старіння населення, підвищений артеріальний тиск, зловживання курінням, надмірне споживання алкоголю, високий вміст холестерину в крові, надлишкова вага, шкідливе для здоров'я харчування та інше впливають на зростання патологій системи кровообігу. Людина сама має розуміти, що дешевше пройти профілактичне лікування, ніж витратити шалені кошти вже для усунення наслідків інфаркту чи інсульту.

Лікар-кардіолог вищої квалі-

фікаційної категорії, завідувач кардіологічного відділення Тернопільської міської комунальної лікарні № 2 Борис Степанчук наголосив на вчасному звертанні за медичною допомогою за умов гострого інфаркту міокарда.

1) боротьба з тютюнопалінням — громадська соціальна політика стосовно шкідливості цієї звички;

2) регулярні заняття спортом (30 хвилин щодня неінтенсивних фізичних навантажень);

3) споживання фруктів та

ривального тиску та визначення рівня цукру в крові всім охочим безкоштовно. Отож й не дивно, що чимало людей зібралось, аби пройти «експрес-обстеження». Для тих, у кого показники перевищували норму, тут же фахівці Центру здоров'я



Головний терапевт департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації Лариса МАТЮК, директор департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації Руслан МОСТОВИЙ



Завідувач кардіологічного диспансерного відділення університетської лікарні Валерій ПАВЛОВ, завідувач кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти ТДМУ, професор Мар'ян ГРЕБЕНИК

— Лише третина пацієнтів (250-300 осіб) з гострим інфарктом міокарда звертається за медичною допомогою до 6 годин від початку серцевого нападу, — розповів Борис Степанчук. — Важливі перші дві години негайного звернення, які убезпечують від тяжких ускладнень.

Активне виявлення артеріальної гіпертензії та відповідне обстеження особливо важливе для осіб, які старші 40 років, адже, як правило, в такому віці люди починають хворіти на серцево-судинні захворювання. На цьому акцентував увагу присутніх завідувач кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти ТДМУ, професор Мар'ян Гребеник. Особливу увагу він звернув на так зване персоналізоване лікування, що спрямоване на певну особу з урахуванням усіх особливостей організму пацієнта.

— Прості та невибагливі засоби профілактики серцево-судинних недуг насправді дуже дієві, — зазначив професор. — Їх дотримується багато хворих за кордоном, це так звані сім кроків до здорового серця, які пропонує Європейська асоціація кардіологів:

овочів (рекомендовано 5 порцій протягом дня);

4) підтримання артеріального тиску на нормальних рівнях (АТ — 120/80, при АТ 140/90 слід розпочинати медикаментозне лікування);

5) рівень холестерину має бути менше 5 ммоль/л;

6) підтримання нормальної ваги тіла (показник індексу маси тіла <25 кг/м²);

7) відсутність діабету (рівень глюкози в крові менше 6 ммоль/л).

Важливо контролювати ці загрози, щоб уникнути передчасної смерті й продовжити собі життя.

Як зберегти своє серце здоровим? Відповідь на це запитання отримали усі, хто прийшов на Театральний майдан 26 вересня. Саме цього дня працівники Центру здоров'я зорганізували там профілактично-просвітницьку акцію «Збережи своє серце» в рамках Всеукраїнського тижня серця.

На Театральному майдані розташували інформаційний майданчик з вивіскою: «Здоровий спосіб життя — це збереження та зміцнення здоров'я». Спеціалісти «Центру здоров'я» проводили вимірювання арте-

рального тиску та визначення рівня цукру в крові всім охочим безкоштовно. Отож й не дивно, що чимало людей зібралось, аби пройти «експрес-обстеження». Для тих, у кого показники перевищували норму, тут же фахівці Центру здоров'я організували консультаційний пункт. Надавали інформаційну допомогу й волонтери обласного Товариства Червоного Хреста, кожному учаснику акції вручили буклети та інформаційні бюлетні. Примітно, що на майдані можна було отримати поради й з уст провідних фахівців з кардіології — головного спеціаліста-терапевта ДЗО ОДА Лариси Матюк і завідувача кардіологічного диспансерного відділення Тернопільської університетської лікарні Валерія Павлова.

Під час заходу обстеження та консультування на майдані пройшли понад 600 осіб, у багатьох був підвищений артеріальний тиск і рівень цукру в крові. Отож є над чим замислитися та звернутися за допомогою вже до сімейного лікаря чи вузькопрофільного спеціаліста. Загалом подібні акції продемонстрували неабияку зацікавленість тернопільців щодо таких обстежень, консультування медиків. Це дозволить кожному пацієнту вчасно прийняти рішення щодо більш детального обстеження, аби вчасно розпочати лікування у разі виявленої патології.

Серцево-судинні захворювання нині на перших позиціях серед причин смертності в Україні та світі. Проводячи заходи, присвячені Дню серця, медики мали на меті привернути увагу людей до свого здоров'я, сформувати розуміння необхідності звертати увагу на найменші розлади у своєму організмі, а також усвідомлення, що хворобою не треба нехтувати, на неї можна впливати, зберігаючи таким чином повноцінність життя.

Лариса ЛУКАЩУК



Редактор **Г. ШИБАЛИНЧУК**
Творчий колектив: **Л. ЛУКАЩУК, О. БУСЬКА, П. БАЛЮХ**
Комп'ютерний набір і верстка: **Р. 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 університет ім. І.Я. Горбачевського, головне управління охорони здоров'я облдержадміністрації

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

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

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

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

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

ЕКСТРЕНА ТА НЕВІДКЛАДНА – НЕВІД’ЄМНА СКЛАДОВА ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Кафедра медицини катастроф і військової медицини ТДМУ, як опорна в Україні з дисципліни «Екстрена та невідкладна медична допомога», вже втретє провела Всеукраїнську науково-практичну конференцію з міжнародною участю «Актуальні питання підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги медицини катастроф у вищих медичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації». Цього року до організації та проведення конференції долучилися співробітники кафедри невідкладної та екстреної медичної допомоги. Її спеціально створили в медуніверситеті для втілення накреслень МОЗ України з підготовки студентів з питань первинної медико-санітарної допомоги, невід’ємною складовою якої є екстрена та невідкладна медична допомога. Крім цього, активну участь взяли працівники ННІ медсестринства.

Згідно з наказом МОЗ України № 133 нинішнього року внесені зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професійних працівників (випуск 78 «Охорона здоров’я»). Вперше в країні впроваджують спеціальність «фельдшер з медицини невідкладних станів». Отже, і в медичних коледжах певний наголос мають ставити на підготовку студентів з екстреної та невідкладної медичної допомоги. Організатори конференції визнали доречною спадкоємність у підготовці молодших спеціалістів, бакалаврів і спеціалістів з екстреної та невідкладної медичної допомоги, спільне бачення методик освітньої діяльності як у навчальних закладах III-IV, так і I-II рівнів акредитації.

На конференцію прибули представники вищих медичних навчальних закладів, відповідальні за викладання дисципліни «екстрена та невідкладна медична допомога», базових медичних коледжів. Спеціальним гостем заходу був декан факультету медичного рятівництва вищої школи стратегічного планування в Донброві-Горнічій Ярослав МАДОВІЧ (Республіка Польща).

Конференцію відкрив проректор медуніверситету Ігор Мисула. Він відзначив основні досягнення університету в організації навчального процесу, зокрема, у підготовці студентів з екстреної та невідкладної медичної допомоги й побажав учасникам плідної праці.

Зі вступною доповіддю на тему «Нормативно-правове забезпечення підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у вищих

медичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації» виступив голова правління ВГО «Всеукраїнська рада реанімації та екстреної медичної допомоги», докторант кафедри медицини катастроф Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, співробітник Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, інструктор Європейської ради реанімації (м. Київ) Віталій Крилюк. Доповідач зосередив увагу на основних етапах реформи охорони здоров’я в Україні, необхідності відповідних вдоско-

населенню. Однією з них є недовисконала підготовка кадрів молодшої та середньої ланки, що зумовлено певними об’єктивними причинами, зокрема, недофінансуванням проектів, урегульованих деякими нормативно-правовими актами, які були прийняті в Україні з 2007 до 2012 року.

Доповідач наголосила, що важливу роль у законодавчому та нормативно-правовому полі України з цього питання має Закон України «Про екстрену медичну допомогу», який дав новий поштовх у підготовці кадрів з екстреної медичної до-

помоги. Доцільним і виправданим є проведення практичних занять з екстреної медичної допомоги у формі відтворення симульованих випадків – змодельованих реальних ситуацій, в яких пацієнт перебуває у невідкладному стані. Це вимагає якісної підготовки викладача, матеріально-технічного та мнемонічного забезпечення навчального процесу, позитивно впливає на засвоєння студентами знань і практичних навичок, розвиває їхні комунікативні здібності. Запропонована

методологія теоретичного супроводу та практичного засвоєння основних прийомів екстреної медичної допомоги дозволяє в короткі терміни ефективно підготувати студентів і медичних працівників закладів охорони здоров’я до надання ними цієї допомоги. Олександра Воевода з базового медичного коледжу (м. Івано-Франківськ) презентувала нову навчальну програму післядипломної підготовки, а саме спеціалізації фельдшера з медицини невідкладних станів. У програмі наголос поставлено на лікувальній тактиці при типових невідкладних станах, на екстрених ситуаціях, які виникають у професійній діяльності фельдшера з медицини невідкладних станів. Слід зауважити, що спеціалізацію «швидка та невідкладна медична допомога» можуть пройти молодші спеціалісти та бакалаври за напрямком підготовки «медицина», спеціальністю «лікувальна справа» або «сестринська справа».

Наталія Кухарчук з Чортківського базового медичного коледжу поділилася досвідом викладання екстреної та невідкладної допомоги у своєму навчальному закладі. Особливий інтерес у слухачів викликали показові заняття, організовані спільно з відділенням екстреної медичної допомоги Заліщицької центральної комунальної районної лікарні. Бригада цього відділення на чолі з лікарем Галиною Цимбалюк стала переможцем III Українського чемпіонату бригад екстреної медичної допомоги (2011 р.) та визнані кращою закордонною командою під час X літнього (2011 р.) та VII зимового (2013 р.)

міжнародного чемпіонатів з екстреної медичної допомоги в Польщі. Під час показових занять бригада в режимі реального часу демонструвала студентам коледжу основні прийоми первинного та вторинного обстеження при травмі, заходи серцево-легеневої реанімації при гострій затримці кровообігу.

Гість з Польщі Ярослав Мадовіч у своїй доповіді «Медич-



На передньому плані, праворуч: **декан факультету медичного рятівництва вищої школи стратегічного планування в Донброві-Горнічій Ярослав МАДОВІЧ (Республіка Польща)**

налень у підготовці кадрів, зокрема, з екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Це зумовлено технічним переозброєнням виїзних бригад екстреної медичної допомоги, впровадженням нових діагностично-лікувальних стандартів надання допомоги дорослим і дітям, вдосконаленням організації діяльності служби. Торкнувшись теми додипломної підготовки, доповідач наголосив на необхідності створення навчально-тренувальних центрів із сучасним навчальним обладнанням, що дасть змогу у кожному початковому закладі реально опанувати практичні навички з екстреної медичної допомоги.

Проблемним питанням підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у вищих медичних навчальних закладах I-II рівнів акредитації була присвячена доповідь групи авторів на чолі з Тетяною Чернишенко (Центральний методичний кабінет підготовки молодших спеціалістів МОЗ України, м. Київ).

Директор ННІ медсестринства медуніверситету Світлана Ястремська на основі наукового аналізу результатів виступів та соціологічного опитування фельдшерів і медичних сестер під час українських чемпіонатів бригад екстреної медичної допомоги (2011 і 2012 років) констатувала, що у нашій країні існують певні нерозв’язані проблеми з організації та надання екстреної медичної допомоги дорослому й дитячому

Обсяг годин, відведених для підготовки фельдшерів з невідкладних станів, становить 16,55 % від загального освітнього курсу,



Світлана ЯСТРЕМСЬКА, директор ННІ медсестринства ТДМУ, доцент

сую, підготовки медичних сестер – 5,3 %. У матеріалах цих курсів та деяких навчальних дисциплін питання екстреної медичної допомоги знаходять своє відображення в опануванні більшості практичних навичок, проте певні клінічні ситуації та маніпуляції, які стосуються реальної роботи виїзної екстреної медичної бригади знаходяться на рівні переважно теоретичного вивчення.

На думку фельдшерів України, медична освіта у коледжах і медичних училищах не дає доско-



Арсен ГУДИМА, професор ТДМУ

не рятівництво у Польщі: історія виникнення, підготовка кадрів та ефективність в системі ЕМД» наголосив, що медичне рятівництво у його країні впровадили з метою максимального наближення екстреної медичної допомоги до пацієнта, як того вимагав Євросоюз. Отримати статус медичного рятівника можна як в медичних академіях протягом трьох років, так і в поліціальних школах на двох останніх роках навчання. У зв’язку із забезпеченням потреби системи ЕМД Польщі у фахівців цієї спеціальності з нинішнього року за рішенням уряду підготовку зосередили винятково в медичних академіях. Крім цього, медичний рятувальник може додатково пройти дворічну магістратуру. В його функціональні обов’язки входить врятувати життя людини у стані безпосередньої загрози для життя. В розумінні українського нормативно-правового поля – це реальні екстрені випадки. Рятувальник медичний на відміну від лікаря має певні обмеження в застосуванні медикаментів, але йому надається можливість отримати телеконсультацію з бази або додатково викликати лікарську бригаду в складних ситуаціях. Досить сказати, що у Кракові, де 1 млн. населення, функціонує всього 28 бригад екстреної медичної допомоги, з них – половина укомплектована медичними рятувальниками. Технологізація служби дозволяє забезпечити виїзд на виклик у місті в межах шести хвилин. Також доповідач наголосив, що у Польщі на цьому етапі реформування галузі не буде повної відмови від лікарських бригад.

(Продовження на стор. 4)

ЕКСТРЕНА ТА НЕВІДКЛАДНА – НЕВІД’ЄМНА СКЛАДОВА ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

(Закінчення. Поч. на стор. 3)

Значний інтерес викликала доповідь «Досвід викладання екстреної та невідкладної медичної допомоги в ТДМУ імені І. Я. Горбачевського», яку підготували Микола Швед, завідувач кафедри невідкладної та екстреної медичної допомоги, та доцент кафедри Роман Ляхович, відповідальний за курс екстреної та невідкладної медичної допомоги. Цю дисципліну в університеті викладають з ініціативи ректора з вересня 2007 року. Ідея її впровадження виникла після перемоги студентської бригади екстреної медичної допомоги у II Міжнародному зимовому чемпіонаті у м. Щирк (Республіка Польща). Ця бригада стала кращою закордонною командою та виборола першість в одному із шести конкурсних завдань. З 2007 до 2012 року навчання здійснювали на базі кафедри медицини катастроф і військової медицини, а торік створили окрему кафедру.

В основі навчання лежать технології надання допомоги, які відповідають курсу Європейської ради реанімації ALS (кваліфіковані заходи реанімації) та ATLS (кваліфіковані заходи підтримання життєдіяльності при травмах). Навчальні кімнати обладнали манекенами та муляжами для відпрацювання практичних навичок. Проводять практичні заняття у формі відтворення змодельованих реальних ситуацій, приміром, у «пацієнта» раптова затримка кровообігу чи щось не менш загрозливе. При цьому одні студенти виконують роль постраждалих, інші – медичних рятувальників.

Виконання сценаріїв відбувається за правилом «чотирьох кроків»: крок 1 – показ викладачем у реальному часі процедури надання екстреної допомоги постраждалому; крок 2 – повторення показу з коментарем викладача, в якому пояснюються правила виконання даної процедури; крок 3 – повторення показу з коментарем одного із студентів; крок 4 – повторення показу студентом, практичні вправи для усіх студентів групи. За такої технології навчання кожна навчальна група має бути забезпечена достатньою кількістю справних продезинфікованих засобів навчання. Важливе значення відводять мнемонічному супроводу. В навчальній аудиторії встановлюють плакати з алгоритмами тих невідкладних станів, які розглядають на занятті. Обов’язковим є алгоритм первинного та вторинного огляду – як базовий для діагностики та лікування будь-якого невідкладного стану. Значну увагу при відпрацюванні сценаріїв відводять реалізації комунікативних здібностей студента, роботи в команді, психологічній

підготовці. Як показала практика, такі заняття студентам подобаються, вони опановують практичні навички у ситуаціях, які наближені до реальних. Бонусом за успішне виконання практичної роботи є допуск до роботи у складі виїзної бригади ШМД. Участь у кожному виклику підлягає усному звіту та аналізу. Таким чином відбувається актуалізація набутих знань і навичок на практиці.

У конференції взяв участь керівник опорної кафедри з першої долікарської допомоги Віктор Андрющенко, завідувач

тично-лікувальний ланцюжок й необхідно відпрацювати на практичних заняттях шляхом індивідуального виконання студентом завдань визначення загальної тактики, діагностики та лікування симульованих пацієнтів у змодельованій ситуації невідкладного стану, в тому числі й масових уражень на основі існуючих стандартних схем.

Для реалізації сценаріїв кожен кафедру екстреної та невідкладної медичної допомоги укомплектовують засобами для навчання та унаочнення (манекени, муляжі, вироби медич-

нув увагу на те, що певні важливі питання екстреної медичної допомоги не увійшли до проекту типової навчальної програми спеціалізації фелдшерів з медицини невідкладних станів.

Перше пленарне засідання завершили доповідями спонсорів: компанії «КСЕНКО» – генерального представника в Україні компанії Laerdal, виробника одних із найкращих симуляторів для навчання екстреної медичної допомоги, та компанії «Pharmasco», яка виготовляє засоби експрес-визначення деяких біохімічних показників, які вкрай необхідні для об’єктивізації діагностичного процесу на дошпитальному етапі надання медичної допомоги.

Друге пленарне засідання присвятили винятково практичним показам певних технологій екстреної медичної допомоги. Перший показ «BLS + AED – основа підготовки з домедичної допомоги» продемонстрували студенти IV курсу медичного факультету, кандидати в інструктори Європейської ради реанімації Ірина Рондяк та Юрій Крисюк, гуртківці кафедри медицини катастроф і військової медицини. Вони показали основні педагогічні прийоми проведення практичного заняття методом чотирьох кроків, зазначили у викладачів європейської ради реанімації.

Наступним був сценарій з раптовою затримкою кровообігу, який реалізували за протоколом ALS з використанням ручного зовнішнього дефібрилятора. Слухачам продемонстрували сучасний манекен, здатний симулювати низку показників життєдіяльності, насамперед серцевий ритм з дистанційним комп’ютерним управлінням, що дозволяє максимально наблизити си-

раїнського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги і медицини катастроф, інструктором Європейської ради реанімації Віталієм Крилюком.

Другий день конференції присвятили медицині катастроф. Дії бригад ЕМД під час масових випадків є невід’ємною складовою служби екстреної медичної допомоги України. Професор Арсен Гудима є одним з розробників концепції організації та надання екстреної медичної допомоги, яку неодноразово відтворювали у симульованих ситуаціях на навчаннях і під час міжнародних та регіональних конкурсів бригад екстреної медичної допомоги. Арсен Арсенович поділився своїм досвідом з учасниками конференції та виклав своє бачення організації навчального процесу з медицини катастроф для різних верств слухачів (студентів, інтернів, курсантів). В основі освітньої діяльності, на його погляд, лежить практичне опанування трьома базовими сценаріями, за якими можуть розгортатися події під час масового випадку: 1) вогнище небезпечно без потреби деконтамінації; 2) вогнище небезпечно з потребою деконтамінації; 3) вогнище безпечно. Кожна з цих ситуацій вимагає окремої тактики. Однак спільним завжди є виділення небезпечної зони, зони проведення медичного сортування, зони надання медичної допомоги та зони транспорту. Таке зонування з виділенням відповідальних працівників за їх розгортання оптимізує надання екстреної медичної допомоги постражданим без зайвої метушні й реально допомагає врятувати якомога більшу кількість постраждалих.

Як підсумок зазначалося, що у вищих медичних навчальних закладах III-IV рівнів акредитації відбувся певний поступ у вдосконаленні підготовки студентів і курсантів з екстреної медичної допомоги та медицини катастроф: затверджені у ЦМК з вищої медичної освіти типові навчальні програми з «екстреної та невідкладної медичної допомоги» для студентів спеціальностей «медицина», «стоматологія», «медико-профілактична справа», а також елективний курс для студентів VI курсу медичного факультету, проведено три наради завідувачів кафедр, які відбулися у форматі конференцій та стосувалися широкого кола слухачів.

Конференція визнала, що у вищих медичних навчальних закладах I-II рівнів акредитації недостатню увагу приділяють вивченню питань екстреної медичної допомоги, які здебільшого розподілені як невідкладні стани в різних спеціальностях. Недосконалою є й типова навчальна програма спеціалізації та вдосконалення для фелдшерів з екстреної та невідкладної медичної допомоги.

**Оксана БУСЬКА,
Павло БАЛЮХ (фото)**



кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. У своїй доповіді «До питання вдосконалення навчальної програми з першої долікарської допомоги для студентів фармацевтичних факультетів» він зосередив увагу на ідеології цієї навчальної дисципліни, деяких елементах технології освітньої діяльності. Є підручник з такою ж назвою, який видав колектив авторів зі Львова, проте фахівці визнають, що навчальна програма вимагає змін, виходячи з положень Закону України «Про екстрену медичну допомогу». Зміни вимагає й назва дисципліни, яка повинна відповідати вимогам цього правового документа.

Перше пленарне засідання завершила доповідь Арсена Гудими, завідувача кафедри медицини катастроф і військової медицини. На основі набутого досвіду викладання та аналізу навчальних програм він констатував, що питання екстреної і невідкладної медичної допомоги порушується на багатьох кафедрах при вивченні більшості клінічних дисциплін. Проте деякі питання залишаються поза увагою. Вони, власне, і лягли в основу розробленої колективом авторів на чолі з Арсеном Гудимом типової навчальної програми з «екстреної та невідкладної медичної допомоги». Студентів, зокрема, необхідно передусім навчити технології діагностичного процесу в системі надання медичної допомоги на дошпитальному рівні. На підставі зібраних симптомів достатньо сформулювати синдром, на основі чого вибрати відповідний протокол з медицини невідкладних станів і його реалізувати на практиці. Цей діагнос-

ного призначення та ін.) не нижче рекомендованого стандарту.

У рамках виділеного на практичні заняття часу студентів, які успішно виконали сценарій змодельованої ситуації невідкладного стану, можуть допускати до участі у виїздах бригад екстреної медичної допомоги як спостерігачів і до роботи у відділенні екстреної медичної допомоги в рамках своєї компетенції.

Практичні заняття доцільно проводити в складі навчальної групи не більше 10-12 осіб.

Відповідно до Наказу МОЗ України № 283 від 28.04.2009 року «Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання ек-



стреної та невідкладної медичної допомоги» забезпечення викладання питань екстреної та невідкладної медичної допомоги на профільних кафедрах здійснюють науково-педагогічні працівники, які пройшли курси підвищення кваліфікації у закладах (факультетах) післядипломної освіти і мають сертифікат за фахом «Медицина невідкладних станів», як виняток – відповідне тематичне удосконалення на опорній кафедрі.

На завершення доповідач звер-

мульований випадок до реального.

Значний інтерес у слухачів викликав практичний показ сучасних технологій забезпечення прохідності дихальних шляхів з використанням відповідного манекена. Перший робочий день конференції завершився технологією муляжування постраждалого з завданням візуальних ран і травм. Усі ці покази підготували викладачі кафедри медицини катастроф і військової медицини спільно із співробітником Ук-



ПЕРША МІЖНАРОДНА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ З РЯТІВНИЦТВА

У вищій державній школі імені Папи Івана-Павла II у Бялій-Подлясці (Польща) відбулася Перша міжнародна наукова конференція «Невідкладна медична допомога та аспекти діяльності аварійно-рятувальних служб у небезпечних для життя ситуаціях». Організатором очолив ректор школи — проф. Йозеф Бергер. Одним з членів оргкомітету був завідувач кафедри хірургії з анестезіологією № 2 Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, професор О.В. Олійник. Разом з конференцією проводили й навчальний семінар «Нові технології в невідкладній медичній допомозі».

Конференцію офіційно відкрив професор Мечислав Адамович.

У своїх доповідях виступаючі розглядали різні аспекти поведінки аварійно-рятувальних служб під час ситуацій, які вимагають невідкладної допомоги. Зокрема, дуже цікавим був виступ професора Адама Ногальського, завідувача кафедри невідкладної хірургії та медицини невідкладних станів Люблінського медичного університету «Екстрена медична допомога в умовах масових аварій та катастроф». Він значну частину доповіді присвятив змінам, які відбулися в рекомендаціях щодо алгоритму дій реаніматора. Так, у рекомендаціях Американської асоціації (АНА) анестезіологів із серцево-легенево-мозкової реанімації та невідкладної допомоги при серцево-судинних захворюваннях (2010 рік) запропоновано замінити послідовність основних заходів з підтримання життєдіяльності АВС (звільнення дихальних шляхів, штучне дихання, компресійні стиснення грудної клітки) послідовністю САВ (компресійні стиснення, звільнення дихальних шляхів, штучне дихання) для дорослих, дітей і немовлят (за винятком новонароджених). Таке фундаментальна зміна послідовності серцево-легенево-мозкової реанімації (СЛР) жадає повторного навчання всіх, хто колись навчався техніці проведення реанімаційних заходів. Проте переваги після такого навчання виправдають витрачені на це зусилля. Підстави для цього такі. Серце зупиняється найчастіше у дорослих пацієнтів. І найбільший рівень виживання після зупинки серця спостерігається серед постраждалих, незалежно від вікової групи, зупинка серця яких відбулася у присутності свідків і супроводжувалася фібриляцією шлуночків (ФСШ) або шлуночковою тахікардією (ШТ) без пульсу.

Найбільш важливими початковими заходами щодо підтримання життєдіяльності таких пацієнтів є компресійні стиснення грудної клітки та своєчасна дефібриляція. При використанні послідовності АВС компресійні стиснення часто виконують із затримкою, поки особа, яка надає допомогу, звільняє дихальні шляхи для штучного дихання «з рота в рот», дістає захисний пристрій або збирає й монтує апарат ШВЛ. При

використанні послідовності САВ компресійні стиснення починають раніше, а штучне дихання буде виконуватися з мінімальною затримкою, необхідною для виконання першого циклу з 30 компресійних стисків, тобто приблизно 18 секунд (якщо допомогу дитині або немовляті проводять два реаніматори, затримка буде ще менше).

Проте більшість постраждалих від раптової зупинки серця поза медичним закладом не отримують допомоги від випадкових свідків. Це може бути обумовлено багатьма причинами, і однією з перешкод можуть бути попередні рекомендації щодо проведення реанімації, коли двома першими етапами реанімації вважали звільнення дихальних шляхів і виконання штучного дихання. Таким чином, нові рекомендації починають реанімацію з компресійних стисків грудної клітки можуть стимулювати реаніматорів до більш швидкого виконання процедури реанімації.

Основні заходи з підтримання життєдіяльності зазвичай виконують послідовно, що залишається чинним при роботі лише одного реаніматора. Однак у більшості випадків медичні працівники діють у бригаді та виконують основні заходи з підтримання життєдіяльності одночасно. Наприклад, один реаніматор без зволікання береться до компресійних стисків грудної клітки, другий — готує автоматичний зовнішній дефібрилятор і викликає допомогу, а третій — звільняє дихальні шляхи й виконує штучне дихання. Водночас медичному персоналу рекомендують адаптувати свої дії до найбільш ймовірної причини зупинки серця. Скажімо, якщо медичний працівник стає свідком раптової втрати свідомості, він може припустити первинну зупинку серця з ритмом, що вимагає подачі розряду. В такому випадку реаніматор повинен негайно викликати бригаду швидкої медичної допомоги, дістати дефібрилятор та повернутися до постраждалого, аби виконати СЛР і застосувати дефібрилятор. Однак, якщо людина ймовірно постраждала від нападу асфіксії (наприклад, він захлинувся), необхідно спочатку виконати п'ять циклів компресійних стисків грудної клітки із штучним диханням (протягом приблизно 2 хвилин) і лише після цього викликати бригаду швидкої медичної допомоги.

У рекомендаціях АНА із СЛР та невідкладної допомоги при серцево-судинних захворюваннях 2010 р. додано два нових розділи: «Терапія після зупинки серця» й «Навчання, впровадження та робота в команді». Важливість терапії після зупинки серця підкреслюється додаванням нової ланки в рекомендований комплекс заходів щодо запобігання смерті дорослих пацієнтів.

Проблемам медичної сегрегації була присвячена доповідь професора Єжи Палюшкевича, головного ординатора відділу анесте-

зіології та інтенсивної терапії воєвудського шпиталю в Бялій-Подлясці.

У доповіді Анджея Козіка, керівника відділу проектів центру психічного контролю з Варшави, йшлося про вплив зовнішніх чинників на ефективність надання реанімації.

Проф. ТДМУ О.В. Олійник виступив з доповіддю на тему «Реорганізація екстреної медицини та медицини катастроф у Тернопільській області України».

Медична галузь в Україні нині переживає стадію реформування. Досить великі зміни відбуваються в структурі й засадах функціонування екстреної та невідкладної медичної допомоги. Польща пройшла цей етап, почавши його 1992 року. Реформована структура швидкої медичної допомоги в нашій країні багато в чому нагадує польську. Тому під час лекції проф. О.В. Олійник порівнював елементи реформи служби не-

вдання постраждалих і хворих та форм медичної документації».

Закон України «Про екстрену медичну допомогу» № 5081-VI був прийнятий 5 липня 2012 року. Цей Закон визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, і засади створення, функціонування й розвитку системи екстреної медичної допомоги.

Дуже важливими поняттями в системі екстреної медичної допомоги є бригада та відділення екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Надання екстреної медичної допомоги людині у невідкладному стані на місці події, під час перевезення та у закладі охорони здоров'я здійснюють відповідно до медичних показань на основі

Велике значення для процесу реформ охорони здоров'я стало прийняття закону про реформування охорони здоров'я від 30 серпня 1991 р., який і досі відіграє важливе значення для організації медичної допомоги в Польщі. Результатом закону було розширення прав більшості закладів охорони здоров'я. Цей правовий документ узаконував розвиток ринку для приватних постачальників медичних послуг.

6 лютого 1997 р. у Польщі прийняли закон про загальне медичне страхування, це стало революцією для системи охорони здоров'я в Польщі і було вирішальним протягом тривалого часу, адже встановлювало нормативи щодо фінансування медичних послуг у країні. Вперше були введені нові економічні правила розрахунку між державою, лікарнями та пацієнтами. Закон передбачав загальне медичне страхування на основі моделі Бісмарка. З 1 січня 1999 року (тобто після набрання чинності закону) польська система охорони здоров'я відмовилася від попередньої моделі охорони здоров'я (версія Семашка) зі зміною її на страхову модель. Фінансування лікарень тепер залежало від послуг, які надавали лікарні за контрактом, замість державного бюджетування медичних установ. Нова система медичного страхування діє за рахунок медичного страхування, яке здійснюється за допомогою так званих лікарняних кас (їх кількість в Польщі дорівнює 17). Впровадження медичного страхування 1999-2002 рр. збільшило діапазон і різноманітність медичних послуг.

Для покращення функціонування страхової медицини 23 січня 2003 року з'явився закон про національний фонд охорони здоров'я, який замінив закон про загальне медичне страхування. Ввели новий інститут медичного страхування — національний фонд охорони здоров'я.

У січні 2007 року президент Польщі Лех Качинський підписав закон про державне медичне рятувальництво. Закон передбачав фінансування медичного рятувальництва з бюджету держави. Торік запланували витратити на медичне рятувальництво двісті мільйонів злотих. Особливості структури служби рятувальництва в Польщі такі. Виклики про нещасні випадки та захворювання приймають у Центрі повідомлення рятувальників. У цілій Польщі діє аварійний телефонний номер 112, інтегрований з медичними і пожежними службами та поліцією. До складу системи входять бази медичних автомобілів. Останні є два види: базисні та спеціальні. До складу системи також входять авіазагонні рятувальництва та відділи рятувальництва в шпиталях. Крім керівника закладу рятувальництва в Польщі за його функціонування відповідає також воєвода воєводства, де розміщений заклад.

26 вересня працювали практичні школи з відпрацювання навичок серцево-легенево-мозкової реанімації згідно з останніми (2013 року) рекомендаціями Європейської асоціації анестезіологів.

Олександр ОЛІЙНИК,
завідувач кафедри хірургії
з анестезіологією № 2 ТДМУ,
професор



Професор ТДМУ Олександр ОЛІЙНИК оглядає нове устаткування для надання серцево-легенево-мозкової реанімації

відкладної медичної допомоги в Україні з відповідними кроками в такому реформуванні, які були зроблені в Польщі. Особливу увагу під час читання лекції приділяв порівняльним особливостям структури системи екстреної медичної допомоги в Польщі та Україні.

Нормативно-правовою базою для діяльності служби швидкої та невідкладної медичної допомоги в Україні є:

1. Наказ МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500 «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні»;
2. Наказ МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги»;
3. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 травня 2009 р. № 563-р «Про схвалення Концепції медичного забезпечення під час підготовки та проведення в Україні фінальної частини чемпіонату Європи 2012 року з футболу»;
4. Закон України «Про екстрену медичну допомогу»;
5. Наказ МОЗ України від 18.05.2012 р. № 366 «Про затвердження Загальних вимог щодо проведення медичного сорту-

клінічних протоколів і стандартів екстреної медичної допомоги, які затверджує центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я.

В Україні діє державна програма щодо створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги, яку затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 5 листопада 2007 р. № 1290. Метою цієї Програми є створення умов для розширення доступності та підвищення якості екстреної медичної допомоги, що надають населенню, зниження рівня інвалідності та смертності при нещасних випадках, травмах та отруєннях, гострих порушеннях життєвих функцій людини внаслідок серцево-судинних, інших захворювань.

При порівнянні з польською системою невідкладної медичної допомоги було вказано, що процес реформування польської системи охорони здоров'я розпочали 1989 року у зв'язку з фундаментальними змінами в політичному та економічному стані, але на початку 90-х років минулого століття зміни в системі охорони здоров'я просувалися повільно.

ДЕНИС АНДРЕЙЧУК: «У ТДМУ ДОСВІДЧЕНІ ВИКЛАДАЧІ ТА ПРЕКРАСНІ УМОВИ ДЛЯ НАВЧАННЯ»

До складу молодіжної обласної державної адміністрації, що створена при Тернопільській ОДА, ввійшли студенти різних ВНЗ Тернополя та молодіжні лідери, які працюватимуть на громадських засадах. Приємно, що членом цього дорадчого органу став представник нашого університету – студент 3 курсу медичного факультету Денис Андрейчук. Юнак бере активну участь у навчально-виховних і громадських заходах, що відбуваються у ТДМУ, є членом студентської ради університету, членом вченої ради медичного факультету і старостою другого потоку 3 курсу, Денис долучився також до організації наради «Ради студентського самоврядування при МОЗ України», яка відбувалася в рамках Х ювілейної Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю «Кредитно-модульна система організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах України на новому етапі».

До складу молодіжної обласної держадміністрації обраний за рішенням студради, – розповідає Денис Андрейчук. – Серед основних наших завдань: сприяння більш ефективному розв'язанню соціальних проблем студентської молоді, забезпечення її активної участі у формуванні, реалізації державної політики з питань соціального становлення та розвитку молоді, зміцнення демократичних засад українського суспільства. У відповідному розпорядженні голови облдержадміністрації В.А. Хоптяна йдеться також про створення умов для набуття молоддю навичок і досвіду роботи в органах виконавчої влади.

Гасло нашої молодіжної ОДА: «Влада молодих», тобто в перспективі члени нашої організації можуть замінити відповідних держпосадовців ОДА, а для цього нинішні студенти повинні навчатися організації та засадам управління відповідними структурами.

– Що в найближчих планах молодіжного дорадчого органу?

– Серед намічених заходів: «круглий стіл» з працівниками «дорослої» ОДА. Положення про молодіжну обласну державну адміністрацію затверджено, на часі – створення робочих груп за напрямками реалізації регіональної молодіжної політики. В перспективі маємо намір зорганізувати форум студентів для ознайомлення з роботою молодіжної обласної державної адміністрації та іншими молодіжними організаціями краю, забезпечити стажування студентів у відповідних структурах ОДА. Маємо вже свою емблему, відкриваємо також сторінку в соціальній мережі «Вконтакте».

– Справді, такі кроки влади

сприяють вихованню у молоді здорових амбітних рис. Впевнена, що із завданнями впораєтесь й отриманий досвід стане в пригоді згодом, після закінчення університету, набуті ж тут знання допоможуть життєвому успіху загалом. До речі, ви вже визначилися з майбутньою спеціальністю? Яка галузь медицини приваблює найбільше?

– Хірургія. Про те, що буду хірургом, заявив мамі вже у чотири роки. Вона й досі про це згадує. Звідки з'явилося таке бажання – не пригадую, але моя дитяча мрія зростала разом зі мною. Дитяче захоплення переросло в свідомий вибір професії й після школи, яку закінчив з золотою медаллю, я вступив на медичний факультет ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського. Був зарахований на державну форму навчан-



ня. Вчуся старанно, бо без ґрунтовних знань лікарем не станеш, а хірургом – тим паче. Робота хірурга вимагає бездоганного знання анатомії.

– То вибір на користь хірургії остаточний?

– Наразі ще вагаюся, бо, навчаючись в нашому університеті, відкрив для себе й інші медичні спеціальності, і всі – цікаві. З тих дисциплін, що вивчаю зараз, дуже подобається педіатрія. Поглибленому вивченню її сприятиме наукова робота. Вже й тему собі вибрав: «Бронхіальна астма у дітей та можливість її виникнення у дітей, чиї батьки курять».

– Розкажіть, будь ласка, про себе. Звідки родом?

– Народився в селі Косів Чортківського району. В нашій родині медиків ще не було, я буду першим.

– Коли ви вперше, вже студентом, відчули себе медиком?

– Під час практики. Пам'ятною є також поїздка у складі групи з 12 студентів-третьокурників до Кракова на навчальні та інструкторські курси з базових реанімаційних заходів та автоматичної зовнішньої дефібриляції. Керів-

ником нашої групи був завідувач кафедри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з курсом військової підготовки, професор А.А. Гудима. Нас навчали – спочатку теоретично, потім на практиці – оцінювати безпечність ситуації під час екстрених викликів, правильно й оперативно надавати людині, яка знепритомніла і лежить на землі, першу медичну допомогу, як визначити характер дихання, користуватися зовнішнім автоматичним дефібрилятором і правильно наклеїти електроди, виконувати зовнішню електричну дефібриляцію, щоб відновити діяльність серця... Головна мета – надати допомогу до приїзду «швидкої». Моделювали різні ситуації. Свої дії ми відпрацьовували на манекенах під контролем і з допомогою досвідчених інструкторів. Заняття тривали три дні з 9 і до 18 години, проводили їх польською мовою з перекладом українською. Частина викладачів була з Польщі, а частина – з України. Враження – незабутні. Усвідомлюючи важливість своїх дій, ми працювали відповідально та злагоджено, як і належить лікарям. Після занять нас чекали екскурсії стародавнім Краковом, який нині є найпопулярнішим туристичним містом Польщі. Щиро вдячний керівництву нашого університету за цю поїздку та навчання на сертифікованих курсах BLS-AED. Приємно, що всі студенти продемонстрували добру теоретичну й практичну підготовку та отримали сертифікати Європейської ради реанімації, які засвідчують наше вміння проводити базові реанімаційні заходи відповідно до існуючих стандартів цієї структури.

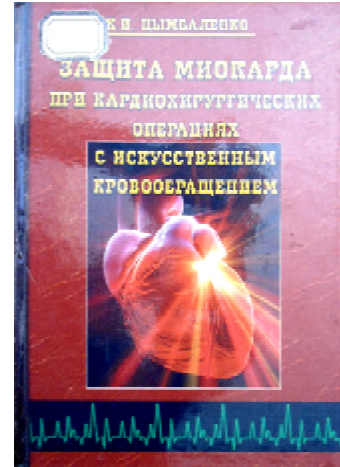
– Після напруженого навчання й відпочити не гріх. Як літо провели?

– Цікаво. Побував з батьками в Ірландії. Це дуже гарна країна, зелена, з прекрасною екологією. Літо прохолодне, тож для тих, хто не любить спеки, це ідеальне місце відпочинку. Бачив замок Бларні та славнозвісний Бларнійський камінь, встановлений в масивній башті. За легендою, хто поцілує цей камінь – тому таланитиме все життя. Загалом я прихильник активного відпочинку. Люблю футбол, баскетбол. Під час навчання вільного часу небагато, але у вихідні не пропускаю нагоди поганяти м'яч з друзями. Читаю, але лише потрібну для навчання літературу.

У чому перевага нашого університету? В тому, що тут дають прекрасні знання, а фахові знання для майбутнього лікаря – головне. Бу радий, що навчаюся саме в ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського.

Оксана БУСЬКА

БІБЛІОТЕКА ІНФОРМУЄ ПРО НОВІ НАДХОДЖЕННЯ ЛІТЕРАТУРИ



Цымбаленко К. И. Защита миокарда при кардиохирургических операциях с искусственным кровообращением: монография / К. И. Цымбаленко. – Херсон: Олди-плюс, 2011. – 290 с.

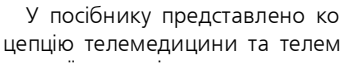
У монографії описано методи сучасних методик, які краще захищають міокард від пошкоджуючих факторів, що спостерігаються при загальній ішемії міокарда. Для кардіологів.



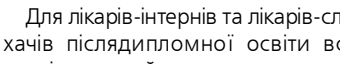
Використання телемедицини у клінічній практиці: [навч.-метод. посіб. для лікарів-інтернів та лікарів-слухачів післядип. освіти]: в 2 ч. Ч. 1 (для слухача) / [кол. авт.: Д. О. Добрянський, О. П. Мінцер, В. В. Краснов]. – К., 2011. – 86 с.

У посібнику представлено концепцію телемедицини та телемедичної мережі, описано основні управлінські, організаційні та технічні передумови ефективної інтеграції телемедицини у клінічну практику медичних закладів.

Для лікарів-інтернів та лікарів-слухачів післядипломної освіти всіх спеціальностей.



Як покращити перинатальну допомогу в Україні: Досвід Ук-



Харьков Л. В. Хирургическая стоматология детского возраста: учеб. для студ. высш. мед. навч. закл. 3-4 рівн. акред. / Л. В. Харьков, Л. М. Яковенко, І. Л. Чехова; за ред. Л. В. Харьков. – К.: Книга плюс, 2003. – 480 с.

Висвітлюються питання етіології та патогенезу, закономірностей клінічного перебігу запальних, травматичних, пухлинних процесів і вроджених вад розвитку щелепнолицевої ділянки у дітей.

Для студентів стоматологічного і педіатричного факультетів медичних ВНЗ, інтернів та лікарів-стоматологів. З літературою можна ознайомитися в бібліотеці університету.

Ігор ГАВРИЩАК, директор бібліотеки ТДМУ

ратно-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини 2008–2010 рр.» / за заг. ред. Р.О. Моїсеєнко, М. Рааб. – К., 2011. – 100 с.

Це видання подано у формі опису чотирьох моделей. Кожна модель висвітлює специфічні аспекти надання перинатальної допомоги та пропонує інноваційні підходи до її вдосконалення.

Видання стане у нагоді управлінцям та організаторам охорони здоров'я всіх рівнів, фахівцям соціальних служб, студентам.



Чекман І.С. Клінічна фітотерапія: навч. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. / І.С. Чекман. – Вид. 2-е, доп. – К.: ТОВ Рада, 2006. – 656с.

У монографії висвітлено методи фітотерапевтичного лікування конкретних захворювань, особливу увагу звернуто на комбіноване застосування фітопрепаратів із синтетичними ліками.

Для лікарів всіх спеціальностей, фармакологів, фармацевтів, студентів медичних закладів освіти.

КОМАНДА ТДМУ – АКТИВНИЙ УЧАСНИК I-ої СТУДЕНТСЬКОЇ СПАРТАКІАДИ В ТЕРНОПОЛІ

Як відомо, Тернопіль визнано «Студентською столицею України», адже у нас найбільше студентів у співвідношенні до кількості мешканців міста. 21-22 вересня в рамках проекту «Тернопіль – студентська столиця» з ініціативи міського голови Сергія Надала відбулася перша міська спартакіада серед тернопільських студентів.

Метою спортивно-масового культурно-розважального захо-



ду було сприяння духовному, культурному та патріотичному розвитку української молоді, пропаганда здорового способу життя, залучення молодих людей до систематичних занять фізичною культурою та популяризація різних видів спорту, а також встановлення і розвиток дружніх, партнерських стосунків між працівниками та студентами вищих навчальних закладів Тернополя. Шість команд взяли участь у спартакіаді: медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, національного економічного університету, національного педагогічного університету ім. В. Гнатюка, національного технічного університету ім. І. Пулюя, комерційного інституту та Галицького коледжу ім. В'ячеслава Чорновола. Протягом двох днів тривали змагання. Студенти боролися за перемогу в 9 видах спорту. Збірна ТДМУ була активно у більшості з них і гостинно

приймала гостей на своїй базі у спортивному корпусі. Урочистим було відкриття спартакіади на Театральному майдані. Відтак змагання перемістилися в парк ім. Т.Г. Шевченка, де зорганізували перегони на туристичних байдарках і саморобних плавзасобах. Команда ТДМУ – єдина з тих, що брали участь у спартакіаді, – власноруч виготовила саморобний плавзасіб і продемонструвала його спроможність, безпечність та надійність на воді. У напруженій боротьбі за першість перемогла команда нашого університету в складі студентів медичного факультету Ганни Габорець, Тетяни Сіданич, Віктора Кулибчука і Романа Балича. У перегонах на саморобних плаваючих засобах вони були найкращими й здобули заслужену нагороду – золоті медалі та кубок. Ці ж спортсмени посіли третє місце у змаганнях з дартсу (кидки стріл у мішень діаметром 45 см). Радість

успіху зі студентами розділив їхній тренер – кандидат педагогічних наук Володимир Васильович Шафранський. Змішана волейбольна команда ТДМУ в складі студентів медичного факультету Ніни Лопуги, Софії Бедзись, Діани Андрішин, Ольги Паляниці, Марії Шинькер, Романа Баймиструка та майбутніх стоматологів Віталія Поліщука, Віктора Поліщука, Віктора Логойди та Андрія Корилюка у фінальному двобої поступилася суперникам з ТНПУ і в підсумку отримала «срібло». Тренер команди та відповідальний за технічну організацію цього виду змагань, що відбувалися у спортивному залі нашого університету, – асистент кафедри ТДМУ Тарас Михайлович Надкерничний. За крок до золотих нагород зупинилася й наша стрілецька команда (вуличний баскетбол) у складі Вадима Панюка, Ігоря Го-

рбчука та Сергія Суязова. Тренер гравців – доцент, кандидат біологічних наук Наталя Олегівна Давибида. На третє місце п'єдесталу пошани піднялася змішана мініфутбольна команда ТДМУ. Її представляли Сергій Вознюк, Володимир Лагіш, Роман Яременко, Максим Бойчук, Тетяна Карп'як та Інна Тимошик (медичний факультет) та Андрій Михнюк і Наталя Костюк (стоматологічний факультет). Тренер команди – старший лаборант Григорій Тарасович Питляр. Крім цього, на стадіоні проходили змагання з перетягування линви, де студенти різних факультетів медичного університету зайняли четверте місце. На завершення змагань відбулися товариські зустрічі між збірними командами викладачів та студентів ВНЗ міста Тернополя. У підсумку збірна ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського посіла третє за-

гальнокомандне місце серед команд ВНЗ Тернополя. Урочиста церемонія закриття I-ої студентської спартакіади, завершилася нагородженням переможців. Вітаємо з успіхом членів збірної команди нашого університету та викладачів-тренерів. Висловлюємо щирі вдячність за сприяння у підготовці та участі в спартакіаді ректорові Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, члену-кореспонденту НАМН України, професору Леонідові Якимовичу Ковальчуку. Велика подяка всім студентам-учасникам змагань.

Дарія КОЗАК,
завідуюча кафедрою
фізичної реабілітації,
здоров'я людини
та фізичного виховання,
доцент

СТОМАТОЛОГІЯ: СУЧАСНІ ВИМІРИ ТА ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Роботу форуму очолили перший проректор Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, професор Ігор Мисула, декан стоматологічного факультету, завідувач кафедри хірургічної стоматології ТДМУ, професор Ярослав Нагірний.

Привітав учасників конференції та передав щирі зичення з побажаннями плідної праці від ректора ТДМУ імені І.Я. Горбачевського, члена-кореспондента НАМН України, професора Леоніда Ковальчука перший проректор нашого ВНЗ, професор Ігор Мисула.

Пленарне засідання форуму розпочали з виступу гостей – доцента кафедри хірургічної стоматології Івано-Франківського національного медичного університету Галини Проць, яка мовила про ефективність дентальної імплантації у хворих на генералізований пародонтит. Під

Під егідою Міністерства охорони здоров'я України, Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського відбулася науково-практична конференція стоматологів «Інноваційні технології в стоматології». Майже сто провідних українських науковців прибули до конгрес-центру НОК «Червона калина» Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського. Серед них, зокрема, представники Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Буковинського державного медичного університету, Івано-Франківського національного медичного університету, Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. За час роботи конференції на пленарному засіданні заслухали та обговорили доповіді й повідомлення, що стосувалися широкого кола аспектів стоматологічної допомоги у нашій країні.

стоматологічний статус у дітей із захворюваннями щитоподібної залози, які проживають в регіоні з недостатнім вмістом йоду. За даними досліджень, науковці наголошують на високому рівні стоматологічної захворюваності

асистента цієї ж кафедри Оксани Нарепехи щодо стану стоматологічного здоров'я дітей шкіл-інтернатів і дитячих будинків. За словами доповідача, виявлено високі показники розповсюдження та інтенсивності карієсу постійних

ми доповідача, проведені експериментальні дослідження виявили здатність даларгіну впливати на ексудативний процес при гострому запаленні шляхом зменшення вмісту гістаміну в уражених ділянках. Це гальмує появу больового синдрому.

Зацікавлення присутніх викликали й виступи молодих науковців Буковинської стоматологічної школи. Під керівництвом завідувача кафедри хірургічної та дитячої стоматології Буковинського державного медичного університету, доцента Наталії Кузняк були проведені дослідження щодо вікових змін лобових пазух в онтогенезі людини (асистент Юрій Бамбуляк) щодо впливу епіфізу на про- та антиоксидантну систему тканин ясен статевозрілих щурів-самців (асистент Роман Дмитренко), відстежено клінічну ефективність застосування діалізаторів із сорбентами при лікуванні одонтогенних абсцесів підщелепової ділянки (асистент Степан Трифаненко).

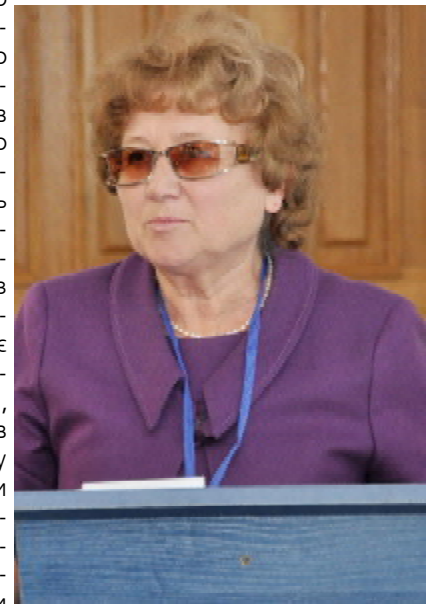
Яскравою доповіддю з мультимедійним супроводом зацікавив наукову аудиторію завідувач ка-



Ігор МИСУЛА, перший проректор ТДМУ, професор

Доцент кафедри стоматології дитячого віку Львівського національного медичного університе-

ту Галина Солонько розповіла про особливості стоматологічного лікування дітей із соматичною патологією в умовах загального знеболювання. Результати досліджень дають підстави стверджувати, що стоматологічне лікування дітей із соматичними захворюваннями вимагає тривалого та постійного спостереження, вони повинні бути в групі ризику розвитку карієсу та здійснювати санацію в спеціалізованих центрах, де працюють висококваліфіковані спеціалісти різних профілів, з обов'язковою наявністю



Валентина КУЛИГІНА, професор (м. Вінниця)

анестезіологічного кабінету для санації ротової порожнини під загальним знеболюванням.

Доцент кафедри хірургічної стоматології Львівського медичного університету Олег Мокрик вів мову на конференції про вплив даларгіну на вміст гістаміну у вогнищі гострого запалення та больову реакцію. За слова-

федри хірургічної стоматології ТДМУ, професор Ярослав Нагірний. У його виступі були представлені результати застосування свинячої шкіри для пластичного закриття назоорального сполучення. Про використання флуореніиду на лямблїї ротової порожнини йшлося у доповіді асистента кафедри хірургічної стоматології ТДМУ Наталії Гутор. За словами доповідача, флуореніид, як структура з рідкокристалічними властивостями, сприяє підвищенню точності мікроскопічного аналізу матеріалу з ротової порожнини у хворих на альвеоліт на наявність лямблїозної інвазії. Застосування композиції на основі флуореніиду – флупетсаль науковці рекомендують використовувати у хворих на альвеоліт з наявністю лямблїозної інвазії.

На завершення учасники конференції прийняли рішення-рекомендації щодо підвищення рівня надання стоматологічної допомоги у стоматологічних клініках України.

**Лариса ЛУКАЦУК,
Павло БАЛЮХ (фото)**



Ніна СМОЛЯР, професор (м. Львів)

час наукових пошуків, як зазначила науковець, було доведено, що у випадку необхідності проведення дентальної імплантації в хворих на генералізований пародонтит, доцільно проводити одномоментне виконання хірургічного втручання на тканинах пародонта та дентальної імплантації у хворих легкого ступеня тяжкості, що в 1,5-2 рази скоротить тривалість лікування без зниження його якості. У хворих на генералізований пародонтит середнього та важкого ступенів рекомендовано проведення пародонтологічних втручань з подальшою дентальною імплантацією для запобігання післяопераційних ускладнень і втраті імплантів.

Кілька доповідей під керівництвом професора Ніни Смоляр представили молоді науковці Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Магістрант кафедри стоматології дитячого віку Ольга Гоняк оприлюднила результати моніторингу соціологічного опитування та



Галина СОЛОНЬКО, доцент (м. Львів)

у дітей з патологією ЩЗ на тлі йодного дефіциту в Прикарпатському ендемічному регіоні, а також низький рівень гігієнічних знань у всіх вікових групах дітей. Тому такі діти потребують збільшення обсягів і частоти санації та постійного диспансерного спостереження. Актуальною була й доповідь

зубів, захворювань тканин пародонта та зубощелепних аномалій у дітей, які мешкають у дитячих будинках і школах-інтернатах.

Структурі інтенсивності карієсу тимчасових зубів у дітей з хронічною бронхіальною астмою присвятила свою доповідь молодий науковець цієї ж стоматологічної школи Світлана Лещук.



Ярослав НАГІРНИЙ, професор ТДМУ



Олег МОКРИК, доцент (м. Львів)



Наталія ГУТОР, асистент ТДМУ



Галина ПРОЦЬ, доцент (м. Івано-Франківськ)

ЩО ДЕНЬ ПРИЙДЕШНІЙ НАМ ГОТУЄ?

Прогрес зупинити неможливо. Це така ж аксіома, як і те, що неможливо зупинити потяг, ставши на його шляху. Це небезпечно й безрезультатно. Висновок надто простий: не стояти на його шляху. Не стояти під стрілою будівельного крану, не торкатися голими руками дретів високовольтних ЛЕП і т.д. Але, на жаль, усі ці прописні істини забуваємо, коли йдеться про новітні технології, без яких уже важко уявити сучасне суспільство. Забувається, що, крім добра, вони певною мірою є горезвісною скринькою Пандори.

Аж ніяк не ставлю за мету розглядати нанотехнології як чергове вселенське зло, як грядущий апокаліпсис. Більше того, ми переконані, що їх прихід не лише неминучий, але й необхідний, що нанотехнології мають повне право на своє місце тепер і у майбутньому і що вони здатні принести людству велику користь. Однак ми позбавлені ілюзій, що це панацея, яка позбавить людство від усіх проблем. Більше того, є глибоке переконання, підкріплене науковими дослідженнями, що нанотехнології принесуть людству немало неприємних і навіть дуже небезпечних сюрпризів. І не наносити у цьому причина, а людина з її вибором. Тому що нині для одних людей нанотехнології — це шлях до керування природою, для інших — до керування людьми. Нанотехнології можуть стати як шляхом до процвітання та свободи людства, так і безповоротним шляхом до небаченого ніколи рабства більшості членів суспільства. Тому що нанотехнології не лише ключ до перемоги над безліччю кардинальних проблем, але й ключ до панування над людиною. Тому нині, як ніколи, є актуальним питання «Quo vadis?»

Не останню роль у цьому виборі відіграє суспільна думка, яка має ґрунтуватися на глибокій поінформованості суспільства, яка нині, на жаль, обмежена та викривлена.

На жаль, часто відкриття випереджають готовність суспільства до їх сприйняття. Ціна ж за це у таких випадках дуже часто буває непомірно високою. Яскравою ілюстрацією цієї думки є історія багатьох відкриттів — від пороху до атомної енергетики.

Нанотехнології — це ключ, по суті, до безмежних можливостей. Чи варто мовити, що це приваблює не лише гуманістів і пацифістів. Тому, з нашої точки зору, опанування людством нанотехнологій передовсім потребує перегляду певних існуючих морально-етичних норм, змін у законодавчому полі.

Водночас існує нагальна потреба у вирішенні деяких питань філософського змісту, серед яких не останнє місце займають такі, як сенс людського буття, вектор його спрямування тощо.

Оволодіння нанотехнологіями — за майбутніми поколіннями, а отже, саме їх мають стосуватися зміни поглядів морально-етичного спрямування. Тому одним з головних завдань вищої школи поряд з отриманням високих професійних знань є виховання людини майбутнього з відповідними філософськими поглядами та новими морально-етичними засадами.

Щодо медицини, то майбутнім лікарям варто пам'ятати, що однією з провідних її засад є обережність. Насамперед — «не нашкодь». У цьому контексті важливо пам'ятати: головна проблема стрімкого входження в наше життя новітніх технологій полягає в тому, що їх вплив, особливо віддалений, на довкілля, на здоров'я людини за браком часу є мало вивченим. Тому на цьому етапі розвитку слід уникати ситуацій, коли можлива безпосередня дія на людину чинників, які не є беззаперечно безпечними. Іншими словами, якщо довкола питання безпеки точиться полеміка, отже існує реальна небезпека й суть полеміки в кінцевому підсумку буде зведено до ступеня безпеки, а не її відсутності. І на шляху до істини буде безліч небезпечних помилок. Прикладів цього сумного висновку в історії епохальних відкриттів більш, аніж достатньо. Варто хоча б пригадати, скільки людських жертв принес-

ло відкриття радіоактивності, застосування нових медичних препаратів (досить згадати сумнозвісний талідомід, сульфатізол) тощо.

Досвід показує, що будь-яка проблема є лише частиною проблеми. Останнім часом це особливо проявилось у розв'язанні таких проблем, як створення та застосування ГМО, біопалива, мобільного зв'язку тощо. Нині



багато дискусій точиться навколо нанотехнологій, які розглядають, як чергову панацею для порятунку людства (доречно спитати: від кого, чи ж не від себе?). До того ж існує безліч версій, в яких іпостасях настане цей порятунок. Не складно зрозуміти, що разом з ними з'явиться безліч проблем, з якими доведеться мати справу.

І доки ведемо суперечки з приводу дивовижного майбутнього нанотехнологій, вони тишком-нишком проникають з «чорного» (в різних змістових відтінках цього слова) ходу в наше повсякденне життя. І як це не парадоксально — цьому передовсім сприяємо ми самі.

Які ж можливі неприємності, з точки зору гігієністів, можна очікувати від нанотехнологій вже найближчим часом? Насамперед слід зауважити, що більшості людей притаманна властивість нехтувати можливими віддаленими негативними наслідками дії будь-якого чинника, якщо має місце тимчасова вигода. Цю ваду людської психіки вміло використовують ті, кому це на користь. За прикладами немає потреби далеко ходити. Ринок нанопро-

дукції вже увійшов в оселю звичайного споживача у вигляді наночастинок, які використовують у харчових добавках, косметичці, захисних кремах, тканинах, індикаторах свіжості продуктів, засобах догляду за одягом, ліках, медичних виробках, ветеринарних засобах, агропрепаратах і навіть, як це не парадоксально, у засобах гігієни. «Залізобетонним» аргументом

ження, адже він раніше ніколи з ними не контактував.

Широке застосування наночастинок у косметології є новим напрямком і наразі, по суті, не перевірено їх вплив на організм людини при тривалому застосуванні косметичних засобів. Нині не існує вимог тестування чи маркування таких продуктів. Це означає, що ми можемо отримати відповідну дозу «нано», навіть не підозрюючи про це.

Однак це лиш один з багатьох аспектів проблеми. Взагалі ж проблема застосування нанотехнологій та використання нанопродуктів у різних сферах життя людини має складніший та глобальніший характер. Справа в тому, що проблема наночастинок не обмежується безпосереднім їх впливом на організм людини. Існують опосередковані механізми дії, в які залучені цілі ланцюжки біоти, а кінцевою ланкою є та ж людина.

За аргументами звернемося до конкретних фактів. Ось один з них. Наночастинок вуглецю при потраплянні в акваріум призводять до поступового вимирання рибки. Поїдання їх хижими співродичами призводить ще до більш швидкого вимирання останніх. Якщо припустити, що в кінці цього харчового ланцюжка стоятиме людина, то зрозуміло, що ефект буде ще більш виражений. В реальному житті такий ланцюжок буде набагато довшим і кумулятивні ефекти значно більше виражені. Слід також зважити на те, що для тих видів живих організмів, які трапили у цей ланцюжок, дія наночастинок не мине безслідно, а це водночас відіб'ється і на решті елементів біологічної системи, які з ними пов'язані. Все це може викликати дуже серйозні проблеми у біосфері. Зрозуміло, що в рамках цієї статті неможливо розглянути всі проблеми, які можуть породити нанотехнології. Та й ми такої мети не переслідували. На наш погляд, було важливим повернути увагу читачів до надзвичайно важливої проблеми та підштовхнути їх до глибшого вивчення цієї теми, а відтак сприяти формуванню у суспільстві відповідної виваженої думки з цього.

**Микола КАШУБА,
професор ТДМУ**

ОБ'ЄКТИВ



**Ірина МУЖ, студентка фармацевтичного факультету (ліворуч);
Сергій БАТАМАНЧУК і Вікторія ЦИНАЙКО, студенти медичного факультету (праворуч)**

Фото Павла БАЛЮХА



ЖИТТЯ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НЕСТЕРПНИМИ БОЛЯМИ Й МУКАМИ

Смерть — це загальнобіологічний, незворотний, генетично запрограмований процес. Все, що народилося, має померти. Арабський філософ Аль-Хусрі твердив: «Смерть — це стріла, випущена в тебе, а життя — це мить, доки вона до тебе долетить». Незалежно від того, хто ти — Папа Римський, президент, мільярдер чи бідняк, тебе чекає смерть. Тут природа розподілила все порівну, така біологічна справедливість. Отже, смерть не зло, а неминучість.

Щоденно в світі помирає в середньому 100 тисяч осіб. Смерть буває насильницькою, раптовою та прогнозованою. Природна смерть — це раптова або прогнозована. Раптова смерть настає протягом шести годин від початку появи клінічних симптомів у здорової людини або в період стабілізації патологічного процесу. Вона може настати під час сну, за фізичних чи психологічних навантажень. Так помирає 20-25% людей на земній планеті. Це легка смерть для хворого, почасти він не усвідомлює ситуації, але це важка проблема для родини, знайомих. Відомий політичний діяч Радянського Союзу Леонід Брежнев помер під час сну. Вдень він ходив на полювання, увечері заснув на дачі та не прокинувся. Щодо раптової смерті існує афоризм: «Треба не лише вміти добре жити, але й легко умерти».

Щодо прогнозованої смерті — то це природна смерть у термінальній стадії хвороби, коли вичерпані компенсаторно-адаптаційні механізми організму, а хірургічні чи терапевтичні методи лікування неефективні. Так помирає 75-80% хворих. У більшості таких хворих помітна депресія, нестерпні болі та муки. Думки про смерть, як правило, з'являються в старості, при виході на пенсію, коли втрачають

Протягом тисячоліть проблема смерті хвилювала та хвилює людство. Це знаходило своє відображення і трактування в різних релігійних конфесіях. Антична міфологія зображала смерть старою жінкою з косою в руках. Християнство, іудаїзм, іслам, буддизм, індіяїзм по-різному трактують смерть. Наведу два висловлювання з Біблії: 1) «Смерть рівняє убогих і багатих». Іон 3:15, 2) «Через одну людину гріх увійшов у світ, а через гріх — смерть і таким чином смерть перейшла на всіх людей, тому що всі з гріхами». Рим., 3:25. Ось чому ми стали смертними за гріх Адама та Єви. За християнським вченням безсмертя — в потойбічному житті. Інші релігійні конфесії інакше визначають поняття смерті.

рідних і друзів. Щодо вікової категорії, то найбільш високий ризик смерті серед осіб похилого віку в 75-80 років. Згадаємо золоті слова А. Шопенгауера «Здоровий бідняк щасливіший від хворого короля».

Оскільки людина знає та особливо коли відчуває неминучість смерті, то не слід її боятися й готуватися до неї. До 75% випадків прогнозовано смерть настає від серцево-судинних ускладнень (інфаркт міокарда, інсульт, аритмії, серцева слабкість тощо) й злоякісних пухлин. У старшому віці хворі частіше живуть спогадами, а не тим, що буде в майбутньому. Більшість з них хочуть ще трохи пожити (інстинкт збереження життя).

Життя та лікування хворих з нестерпними болями й муками у той чи інший спосіб не так вже й зрідка може бути пов'язане з евтаназією та хоспісом. Термін «евтаназія» в медицину та філософію ввів англійський філософ Ф. Бекон у XVIII столітті. По суті, це свідоме, добровільне, на особисте прохання позбавлення життя хворого, щоб звільнити його від нестерпних страждань і болю. В наші дні під евтаназією розуміють добровільне позбав-



лення життя невиліковному хворому на його особисте прохання.

Як люди у різних країнах нині ставляться до евтаназії («легкої смерті»)? За опитуванням: в Англії її підтримали 72% респондентів, у Франції — 70%, в Україні — 47,7%. У Нідерландах і Бельгії узаконена евтаназія. Її також застосовують у Фінляндії, Швеції, в штаті Індіана (США), хоча їхні мешканці є глибоко віруючими християнами. З. Фрейд хворів на рак ротової порожнини, на його прохання друг-лікар ввів йому смертельну дозу морфію. Це один з прикладів евтаназії. В Україні згідно зі ст. 52 «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

заборонено проводити евтаназію, її застосування розцінюється як злочин, який не відповідає вимогам гуманності щодо хворого.

Розрізняють пасивну та активну евтаназію. При пасивній невиліковному хворому перестають надавати інтенсивну медичну допомогу, а отже, прискорюють прихід природної смерті. Пасивна евтаназія має бути юридично оформлена згідно із висновком з участю юриста та психіатра. Позицію родичів до уваги не беруть, основа — письмова згода хворого. Пасивна евтаназія тісно пов'язана із забором органів померлого хворого для трансплантації.

Метод активної евтаназії («метод повного шприца») — це добровільне позбавлення життя хворого з допомогою тієї чи іншої методики. Смерть настає швидко й безболісно. У більшості країн світу активну евтаназію вважають важким злочином. Відомий «лікар-смерть» Кеворкян 1991 р. у США допоміг покинути наш світ 130 хворим, за що отримав багаторічне ув'язнення. Судові процеси мали місце у Відні (Австрія).

Страх смерті з депресією переслідує невиліковних хворих з нестерпними болями, наростанням слабкості, погіршенням стану здоров'я. Це породжує сумні думки про трагізм людського життя. Єдиного розуміння законності смерті не існує. Сумні роздуми сприяють кінцю життя. Саме таким хворим потрібні хоспіси, хоча таких недужих не так вже й багато. В хоспісі лікують переважно невиліковних хворих з онкологічними хворобами. Їм надають не лише паліативну медичну допомогу, але й забезпечують психологічну та духовну підтримку. По суті, хоспіс — різновид евтаназії.

Важливу роль в організації су-

часних хоспісів зіграв журналіст В. Зорза, який пережив трагічну смерть дружини та любі доньки від злоякісних пухлин. Його 25-річна донька Джейн померла в зорганізованому в Лондоні хоспісі без болю й страху смерті. Прихід смерті в ньому не затримують, але й не прискорюють. Хоспіс має забезпечувати гідну якість життя без стресів, болю та депресії. Досить часто в ньому застосовують наркотики, без яких не обійтися.

У психологічному сенсі таким хворим необхідно забезпечити передсмертну філософію життя. Почасти це самотні, старі незабезпечені матеріально недужі, які не в стані самі себе обслуговувати. Як правило, це невелика група невиліковних хворих, лікування яких в хоспісі має бути безкоштовним. Багаті хворі або ті, які мають багатих родичів, можуть лікуватися в платних хоспісах.

Форми надання медичної допомоги: шпиталізація на кілька тижнів і денний стаціонар у великому місті. Крім онкологічних хворих, підлягають стаціонарному лікуванню в хоспісі хворі із серйозними серцево-судинними ускладненнями (термінальна стадія серцевої недостатності, ускладнені інсульти тощо). Психологічну й іншу допомогу приреченим хворим мають також надавати працівники та члени релігійних конфесій. Гасло хоспісу: «У нас є час пожити, навіть якщо залишилося жити ще три дні».

Перший хоспіс в Україні відкрили у Львові. Доцільно ставити питання про відкриття в Тернополі. Як правило, хоспіс — це спеціалізована лікарня на 30-40 ліжок. Не можна його розміщувати в палатах лікувально-профілактичних закладів. В області, де понад один мільйон мешканців, є чимало невиліковних хворих з нестерпними болями та муками, які потребують хоспісної допомоги.

**Борис РУДИК,
професор ТДМУ**

ОБ'ЄКТИВ

ЗАХВОРЮВАННЯ

НЕ ПРОСТО КАШЕЛЬ, А КАШЛЮК

На 53,7 відсотка знизилась захворюваність на кашлюк в області. Проте медики настійно радять батькам: якщо ви помітили, що ваша дитина кашляє понад п'ять днів, а призначене педіатром чи сімейним лікарем лікування не дає ефекту, потрібно провести детальніше обстеження на кашлюк.

Це гостре інфекційне захворювання характеризується помірною інтоксикацією й нападами спазматичного кашлю. Починається захворювання з нездужання, погіршення апетиту, нежитю, невеликого підвищення температури та слабого кашлю, який зберігається

впродовж 1-2 тижнів, надалі його частота й інтенсивність посилюються. В кінці нападів кашлю, особливо у малюків раннього віку, спостерігається за тяжне, часто болісне утруднення вдиху, виділення в'язкої склоподібної мокротини, іноді буває блювота. Під час нападу кашлю дитина збуджена, обличчя стає синюшним, вени шиї розширені, вірогідне кровохаркання та носова кровотеча, зупинка дихання. Кашель, напади якого повторюються за день від 5 до 50 разів, триває впродовж 2-4 тижнів. Потім частота й інтенсивність його зменшуються, хоча 2-3 тижні дитина ще кашляє.

У дорослих і малюків старшого віку перебіг хвороби менш важкий.

— Вакцинація в 70-80 відсотків запобігає цій небезпечній хво-

роби або ж принаймні перебіг її має легку форму і без таких ускладнень, як пневмонія, бронхіт тощо, — зазначила доцент кафедри педіатрії з дитячою хірургією №1 Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського Л.А. Волянська. — Особливо небезпечним є так званий спонтанний пневмоторакс, коли під час кашлю відбувається розрив легеневої тканини. Вберегтися від кашлюка допоможе вакцинація. Вона входить в обов'язковий календар щеплень. Комбінована вакцина АКДП або пентаксин запобігають захворюваності не лише на кашлюк, а й на дифтерію, правець, гемofilну інфекцію та поліомієліт.

Кашлюк можна підхопити в будь-якому віці. Втім, найчастіше на нього хворіють дошкіль-

нята, школярі молодшого віку та малюки. Так, 2011 року в Україні зареєстрували 2940 хворих на кашлюк, що 2,8 рази більше, ніж 2010 року. На нещодавній обласній нараді з питань імунопрофілактики наголошувалось, що вакцинація — це єдиний дієвий спосіб контролю над керованими інфекційними захворюваннями, до яких належить і кашлюк. Вакцинацію роблять згідно з календарем профілактики щеплень. Важливі також здоровий спосіб життя, загартовування, дотримання загальноприйнятих санітарних норм, а це — провітрювання, чистота.

**Світлана ГУМЕННА,
працівник прес-служби
департаменту охорони
здоров'я ОДА**



**Сафі ФРЕШТА, студентка
медичного факультету
Фото Павла БАЛЮХА**

ЗАМУЧЕНІ ГОЛОДОМ

Жахливі голодомори 1921-1922, 1932-1933 рр. були сплановані та організовані кремлівськими можновладцями. Їхньою метою було виморити голодом українські села в Україні, Поволжі та Кубані й заселити їх зайдами-чужинцями та упокорити вцілілих, зламавши їхню волю і людську гідність. Кількість жертв цих двох голодоморів сягає від 10 до 14 мільйонів.

ЦК ВКП (б) і Раднарком СРСР видали 7 серпня 1932 року закон «Про охорону соціалістичної власності» (закон про п'ять колосків), який за «присвоєння» селянами навіть жмені зерна карав розстрілом, а за «пом'якшувальних обставин» — позбавленням волі на термін не менше 10 років.

1 вересня 1932 року Політбюро ЦК ВКП (б) затвердило для УСРР вересневий план хлібозаготівель в обсязі 85 млн. пудів. А вже 20 вересня згідно з постановою РНК СРСР та ЦК ВКП (б) відхилено пропозиції про видачу насінневої позики, попереджено радгоспи та колгоспи, що насінневі позики не будуть видаватися ні для озимої, ні для ярої сівби.

Наприкінці жовтня (на виконання рішення ЦК ВКП(б)У від 22 жовтня 1932 року) в Україні розпочала свою роботу «надзвичайна комісія» на чолі з членом ЦК ВКП (б) Молотовим, яка надала політичного імпульсу здійсненню репресій і, незважаючи на вимоги українських комуністів, відмовилася зменшити хлібозаготівлі, а отже, припинити голодомор.

1 листопада Рада Народних Комісарів (РНК) визнала незадовільним стан виконання річного плану заготівель в Україні та затвердила остаточний план — 282 млн. пудів.

18-20 листопада вийшла Постанова ЦК КП(б)У, за якою за невиконання планів хлібозаготівель деякі господарства та колгоспи карали штрафами, тобто конфіскацією 15-місячної норми м'яса.

Особливо промовистим свідченням геноциду є запровадження стосовно певних населених пунктів і навіть районів так званих «чорних дощок», на які заносили назви сіл, районів за зриви хлібозаготівлі, льоноздачи, м'ясозаготівлі...

Уперше термін «чорні дошки» згадували у постанові республіканського штабу від 18 листопада 1932 року серед «Заходів з посиленням хлібозаготівель», які застосовували для подолання «куркульського впливу». Вкажемо на зміст репресивних дій стосовно тих, які були занесені на «чорні дошки»:

— «негайно припинити всю торгівлю (як державну, так і кооперативну), постачання будь-яким крамом, а наявний вивезти;

— припинити також колгоспну торгівлю;

— припинити кредитування у будь-якій формі та дотерміново стягнути раніше видані кредити й інші фінансові зобов'язання;

— провести ретельну «чистку» складу колгоспів і низових органів влади від «контрреволюційних елементів».

Заборонялося колгоспникам колгоспів, занесених на «чорну

дошку», робити перемол зерна у млинах.

Протягом листопада 1932-1933 років у селах України було заарештовано 37797 осіб і ліквідовано, за термінологією ДПУ, 390 антирадянських, контрреволюційно-повстанських організацій та груп.

15 грудня ЦК КП(б)У затвердив список 82 районів, куди припинили постачання промислових товарів.

За часи голодомору зникали кам'яні хрести з місць поховань, а разом з ними — історична пам'ять народу про минулі часи. З кам'яних хрестів тоді робили жорна, щоб удома потайки молоти житні зерна на затірку.

Армія, загоны НКВС оточували українські міста (бо селяни намагалися врятуватися там від голодної смерті) та залізничні станції. Мешканцям сіл забороняли виїжджати в інші райони СРСР, чому сприяло впровадження паспор-



тної системи. Тоді ж із України здійснювався експорт сільськогосподарської продукції за кордон, а керівництво держави відмовилося приймати допомогу для голодуючих з-за кордону.

У Новоград-Волинському районі Житомирської області у вересні 1932 р. було подано 250 заяв про вихід з колгоспу. Мотиви заяв про вихід із колгоспу аналогічні: «Прошу виключити з колгоспу, бо сім'я пухне з голоду — немає що їсти»; «Прошу виключити мене з колгоспу, бо порядом індивідуальник же багато краще за мене»; «Прошу виключити, бо я не бажаю бути в колгоспі, старий, багатосімейний, незадоволений і т. інше.»

І тоді, коли в районі вимирали від голоду, у Новоград-Волинському для десятків чиновників з райпарткому, райвиконкому та міської ради, для судді, прокурора, секретаря ДПУ, начальника міліції, райвійськкому, завбанком, завошадкасою, голови секретаря райпрофради, секретаря та його заступника з комсомолу облаштовували закриті їдальні, в які надходило 30 % м'яса свиней, що були на годівлі в райспоживспільці. Для забезпечення цих їдальень продуктами при райспоживспільці діяли закриті молочні, м'ясні та кролеферми, птахоферма, теплиці, був ставок з рибою. Гроші на їх організацію та утримання виділяли з державного бюджету. Крім того, кожному з 33 найвищих посадовців щомісяця додавали 24 кілограми паляниць, 2 кілограми круп, кілограм макаронів, 2 кіло-

грам оселедців, кілограм цукру, банку консервів, пляшку олії, кілограм бринзи чи сиру, кілограм цукерок, 250 цигарок, 2 бруски господарського та брусок туалетного мила. Крім цього, на кожного члена їхніх сімей видавали на місяць 12 кілограм хліба, по півкілограма макаронів і круп, кілограм оселедців, кілограм цукру, банку консервів, кілограм цукерок, півкілограма сиру, 3 бруски мила.

Закриті їдальні та «распреди» породив закритий військовий кооператив, який обслуговував 1339 осіб офіцерства та ще 2233 членів їх сімей. Ось так на практиці реалізовувалися більшовицькі лозунги про рівність і братерство.

У січні 1933 року секретарем ЦК КП(б)У було призначено Павла Постишева, наділеного необмеженою диктаторською владою. З його приходом почався новий терористичний більшовицький наступ на всі сфери українського

життя. На знак протесту проти антиукраїнської політики наклали на себе руки комісар освіти Микола Скрипник та письменник Микола Хвильовий.

Найбільш постраждали від голодомору Київська, Черкаська, Полтавська, Харківська, Сумська, Вінницька, Житомирська, Одеська та Дніпропетровська області. На спустошені села з Росії та Білорусії було переселено 2 млн. осіб, що певним чином відлунувалося і у мові, і ментальності краян.

Не обминула ця трагедія і мешканців мого рідного села Ярунь, що на Житомирщині.

Велику роботу з відновлення імен і вшанування пам'яті безвинно вбитих голодом людей провів мешканець села Василь Архипович Роук. Йому вдалося віднайти імена сто сімдесяти однієї жертви геноциду, вчиненого над жителями Яруня, а разом з ними воскресли пам'ять і правда про 1933-й рік. З ініціативи Василя Архиповича зведено пам'ятник жертвам голодомору: восьмиметровий хрест, і на його тлі — зламанний колосок та зоря, що падає, як символи зникаючого людського життя, підкошеного голодом.

Записано дуже багато свідчень жителів Яруня, які пережили голодомор. Це — Роук Василь, Орищук Аркадій, Яроцька Ксенія, Смітюх Ярина, Матвійчик Олена, Романюк Тимош, Павлюк Онисія та багато інших людей, які у ті жахливі часи були ще дітьми. Вони розповідають про те, як на власні очі бачили страшну смерть своїх

рідних і близьких, як у безневинних сімей відбирали все, що було. Ось згадує Я. Якубовська, яка проживала в с. Анета Яруньського району: «Мама «купила» мені братика. Він лежав у візочку на подвір'ї. Раптом матір несамотово скрикнула й вибігла з хати до візочка. Під вікнами втік якийсь старий чоловік. Мама, страшенно бліда, влетіла з братиком до хати та ридючи кричала: «Ще хвилинку, і Стасика вже не було б». Климчик Горпина, 1925 р.н., родом з с. Дідовичі, розповіла, що вона із сестрою нарвали колосочків жита, їх зловив лановий і так побив, що вони прилізли додому на чотириох, коли ж мати поскаржилася голові, той пригрозив, що якщо ще раз діти так вчинять, то їх постріляють.

Ось що пригадує з розповідей матері про голодомор уродженець с. Ярунь Володимир Федоревич Нікітюк: «У дитинстві я чув від своєї матері, Катерини Адамівни (дівоче прізвище Рудник), про страшний голод, який охопив Україну 1932-1933 років. На той час моя матір проживала в с. Хижинці, зараз Романівського району. Сім'я складалася з батька Рудника Адама та чотирьох його доньок — Варвари, Надії, Катерини (моя матір) та Єви. Мій дід, Рудник Адам, виховував доньок сам, адже його дружина померла 1928 року від тифу. 1932 року він працював бригадиром у колгоспі с. Хижинці. Про голод тих років матір розповідала із журбою та болем. Це були сумні спогади про страшні часи. 1933 року матері виповнилось 14 років, вона не могла реально оцінити події тих років. Узагалі у 50-х роках вона не могла дати мені відповідь на моє запитання: «Якщо голод був лише в Україні, то чому решта союзних республік не надали їй допомогу?»

Моя нянька розповідала про голод таке. Коли холодною зимою 1933 року терпіти голодні муки стало нестерпно, вона залишила село й подалася до містечка Чуднів. Там «прибилося» до якогось підприємства (можливо, заводу), на якому робітникам давали на обід якусь «похльобку». Миючи посуд та підлогу, вона мала право доїдати цю «похльобку», якщо така залишилася в посуді, який вона прибирала зі столів.

Одного разу, будучи в Чуднові на базарі, де просила милостиню, мати стала свідком того, як голодні люди на смерть забили жінку, яка з великої металеві дечки продавала порізаний на невеличкі шматочки холодець. В одному зі шматочків був палець дитячої руки.

Після зими нянька повернулася в рідне село та вжахнулася від побаченого. Вулицями Хижинців іздила підвода, на яку скидали трупи померлих, що лежали на вулицях та у домівках. Померлих звозили до великої ями на цвинтарі.

Ті люди, які на той час залишилися живими, були страшно виснажені, а померлі були неприродно опухлі, неначе «наліті» водою.

Сестри та батьки моєї матері також були дуже виснажені, знесилені, ходили, похитуючись від запаморочення.

Навесні «знайшлося» зерно та інше насіння для посівної на колгоспних полях. І для того, щоб люди мали силу працювати, вла-

да почала працюючих (і лише працюючих) підгодовувати всіляким непотребом.

Зі слів матері, батько приніс відходи від помолу зерна — чи то грис, чи то товч, приготували вечерю із суміші лободи та цих зернових відходів. Очевидно, їх батько, а мій дід Рудник Адам, з голоду з'їв зайве і йому стало зле. Ні про швидку допомогу, ні про домашнього лікаря, ні про телефонний зв'язок тоді в селі не могло бути й мови. В страшних муках, з диким криком від нестерпного болю, качаючись по підлозі, батько майже добу помирав на очах своїх доньок, які з розпачем спостерігали за цим, не маючи змоги чимось йому допомогти.

Після смерті батька доньки на візку відвезли його на цвинтар до загальної ями, до якої звозили покійників. Яму не засипали, доки вона не заповнювалась повністю. Мертвих присипали тонким шаром ґрунту, залишаючи місця для інших.

Після того, як зійшли буряки, тим, хто залишився живим і був в змозі їх обробляти, наприкінці робочого дня давали на добу нормований шматок хліба. Мати не пам'ятала величину тієї пайки в грамах, але вона була такою, що її можна було з'їсти за один раз і не наїстися».

Але про цю трагедію України, яку замовчували в СРСР, ще з 1933 року знали та писали на Заході. Автору розповідав доцент кафедри анатомії Тернопільського державного медичного університету П. Москаленко, що його змусили переписати анкету, в якій він вказав, що від голоду в ті часи померла його сестра, мотивуючи це тим, що у Радянському Союзі не може бути голоду.

Американський вчений Джеймс Мейс був одним з тих у Західному світі, хто проломив мур мовчання про трагедію України 1932-1933 років. Аналізуючи розповіді свідків трагедії з усіх місцевостей України, він дійшов висновку, що голодомор був спланованим геноцидом українського народу.

28 листопада 2006 року український парламент ухвалив Закон «Про Голодомор 1932-1933 років в Україні», який трактує події того часу, як геноцид українського народу.

Визнали голодомор 1932-1933 рр. Верховна Рада України, парламенти Австрії, Грузії, Еквадору, Естонії, Канади, Колумбії, Литви, Латвії, Парагваю, Перу, Польщі, Словаччини, Угорщини, палата представників конгресу США...

Проте цей історичний факт Державна Дума Російської Федерації — правонаступниця СРСР — не лише заперечує, а й засуджує прийняття відповідного рішення стосовно цієї трагедії українським парламентом.

Лишилися сліди двадцятого століття

В народній пам'яті і у серцях.

Несли з собою хмари лихоліття

І жах, і смерть, із присвистом

свинця.

І над всім світом був піднятий

молот,

І ржавив у сільській хаті серп...

Голодомор створила та держава,
В якій колоссям був обвитий герб.

Валерій ДІДУХ,
доцент ТДМУ

ВІТАЄМО!

17 жовтня виповнюється 50 років доценту кафедри нормальної фізіології ТДМУ Ігорю Богдановичу ПАНЬКІВУ.

Вельмишановний Ігоре Богдановичу!

Сердечно вітаємо Вас з 50-літтям!

Після закінчення Вінницького медінституту імені М.І.Пирогова, восьми років практичної лікарської роботи у стінах Тернопільського медуніверситету Ви успішно пройшли понад 16-літній трудовий шлях клінічного ординатора та асистента кафедри терапії ФПО, асистента, старшого викладача, а тепер – доцента кафедри нормальної фізіології.

Колектив університету глибоко поважає й щиро шанує Вас як науковця, досвідченого педагога та вихователя студентської молоді за багаторічну невтомну працю, високий професіоналізм, сумлінне виконання своїх службових і громадських обов'язків.

Ваші порядність, працелюбність, уважне ставлення до людей, прагнення робити добро заслуговують найвищої оцінки і є прикладом для насліду-

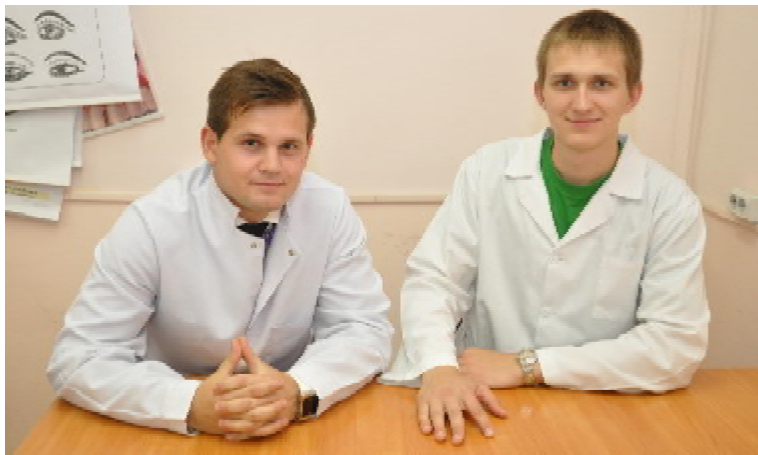


вання новими поколіннями студентів, молодих лікарів і викладачів.

Бажаємо Вам, вельмишановний Ігоре Богдановичу, міцного здоров'я, невичерпного творчого натхнення, нових успіхів у Вашій благородній діяльності, добробуту, людського тепла, душевного спокою, родинного благополуччя і затишку, довгих років радісного та щасливого життя.

Ректорат ТДМУ імені І.Я. Горбачевського

ОБ'ЄКТИВ-



Андрій МАКАРОВСЬКИЙ та Віталій ФЕСИК, студенти стоматологічного факультету

МУДРОСЛІВ'Я

РУБРИКУ ВЕДЕ ПРОФЕСОР **БОРИС РУДИК**

У МОЛОДІ РОКИ ЛЮБЛЯТЬ СИЛЬНІШЕ, А В СТАРОСТІ – НАДІЙНІШЕ

Розбійники вимагають гаманець або життя, жінки і перше, і друге.

С. Батлер

Наша основна помилка не в тому, що віримо ніби жінки нас люблять, а в тому, що віримо ніби ми їх любимо.

С. Гітрі

Світом править любов, а вона, як видно, сліпа й зла.

В. Зверев

У молоді роки люблять сильніше, а в старості – надійніше.

К. Мелихан

Якщо хочеш зробити розумний вибір, бери собі за дружину рівну.

Овідій

Розумна жінка слідує за собою, нерозумна – за чоловіком.

А. Перлюк

Одружуйся, незважаючи ні на що. Якщо пощастить на добру

дружину, ти будеш винятком, якщо погана – станеш філософом.

Сократ

Чоловік має правити, а жінка слухатися. Закон жорсткий, але це закон.

П. Прудон

Кохання – це історія в житті жінки та епізод в житті чоловіка.

Ж. Ріктер

Хотів би я знати, що це був за бовдур, який перший винайшов поцілунок.

Д. Свіфт

Єдиний засіб побороти кохання – тікати від нього.

Шлях до серця чоловіка лежить через його шлунок, але є жінки, які знають коротший шлях.

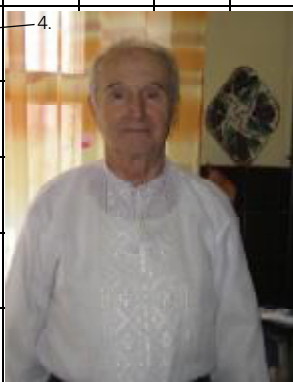
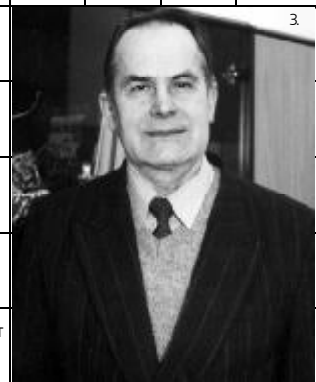
Ж. Таті

Жінки бувають лише двох родів: некрасиві й намальовані.

О. Уайльд

Відповіді у наступному числі газети

СКАНВОРД

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|--|--|--|--|--|------------------------------------|---|--|--|--|--|---------------------|---|---|
| 1. Мистецтво слова | → | | | | | | 2. Теорія літератури | → | | | | | | | |
| 4. | ↓ |  | | | | | 5. Яйця риби | ↓ | | | | | 6. Почесна відзнака | → |  |
| | | | | | | | 7. Хижий птах | → | | | | | 8. Ряд поколінь | → | |
| | | | | | | | 9. «...Марія» | → | | | | | 10. Нива | → | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 11. Брат дружини |
| | | | | | | | | | | | | | | | 13. Рідина в печінці |
| | | | | | | | 14. Негативний плюс джерела струму | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 15. Білий квінт з чорними плямами | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 16. Система літочислення | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 17. Стар. назва «ь» | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 18. Ванічковий екстаж в Англії | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 20. Запалення апендикса | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 21. Східний міцний напій | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 23. Велика посудина | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 25. «Мова» собаки | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 26. Село на Кавказі | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 28. 3,14 | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 31. Рушниця | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 36. Інструмент для свердління | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 37. І в ... не дує | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 40. Рос. художник | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 41. Займенник | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 45. Невеликий ліс | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 49. Породи собак | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 50. Зв'язки, відносини | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 54. Міра в ювелірній справі | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 55. Дорожка для перегонів | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 56. Курхонні меблі | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 61. Пістолет | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 63. Дрова, вугілля, нафта | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 65. Старослов. легера | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 71. Живіт | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 72. Бог Сонця | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 73. Вулкан на о. Сицилія | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 74. Японська гра | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 77. Професіонал | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 78. Акціон. товариство | → | | | | | | | |
| | | | | | | | 83. Душа в Єгипті | → | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 84. Правило, канон |
| | | | | | | | | | | | | | | | 86. Мур |
| | | | | | | | | | | | | | | | 88. ОМО |
| | | | | | | | | | | | | | | | 90. Мул |
| | | | | | | | | | | | | | | | 92. Во |
| | | | | | | | | | | | | | | | 94. Ро |
| | | | | | | | | | | | | | | | 96. Тин |
| | | | | | | | | | | | | | | | 98. Короп |

Відповіді на сканворд, вміщений у № 18 (347)

- Ле.
- Вишневецький.
- Курн.
- Йод.
- Лад.
- Репін.
- Ода.
- «Гайдамаки».
- Ірод.
- Ян.
- Аз.
- Золото.
- Хорив.
- Нестор.
- Стрибог.
- Осакул.
- Боян.
- Гармаш.
- Осло.
- Мо.
- Хорда.
- Віяло.
- Ом.
- Грім.
- Іа.
- Стан.
- «Орлі».
- Нут.
- Слуга.
- Ля.
- Раб.
- Гол.
- Тріск.
- Ігор.
- Яга.
- Мати.
- Араніт.
- Дрегович.
- Вага.
- Рак.
- Гра.
- Шана.
- Наливайко.
- Арена.
- Абетка.
- Брід.
- Ре.
- Ксі.
- Козак.
- Лет.
- Чай.
- Акт.
- Орач.
- Мадам.
- Скаут.
- Путо.
- Виклад.
- Чизель.
- Ідол.
- Мамай.
- Час.
- Суп.
- «Чайка».
- Астенія.
- Як.
- Оса.
- «Ту».
- Мужкет.
- Ра.
- Зерно.
- Печ.
- Ура.
- Аршин.
- Мазепа.
- Ай.
- Ар.
- Еней.
- Холоп.
- Кіш.
- Річ.
- Гуно.
- Ірис.
- Ему.
- Погоня.
- Го.
- Мур.
- Арава.
- ОМО.
- Мул.
- Булава.
- Пара.
- Во.
- Руно.
- Ро.
- Еретема.
- Тин.
- АМО.
- Короп.