

# МЕДИЧНА КАДЕМІЯ

№ 18 (371)  
ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ  
27 вересня 2014 року



## ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ

### ОЛЕКСАНДР ЯКИМЧУК: «НАШ УНІВЕРСИТЕТ РОЗВИВАЄТЬСЯ ДОСИТЬ ДИНАМІЧНО»

**Студент 6 курсу медичного факультету Олександр Якимчук – член вченої ради медичного факультету та активний учасник Студентського наукового товариства, плідно займається науково-дослідною роботою на кафедрі акушерства та гінекології ННІ післядипломної освіти, неодноразово брав участь у Всеукраїнських студентських наукових конференціях ВНЗ, де отримував призиви місця.**

– Мені подобається займатися науково-дослідною роботою і в нашому університеті для цього є всі можливості. В ТДМУ не лише дають знання, а й усіляко сприяють розвитку творчого мислення й здібностей студентів, прищеплюють навички осмислювати та аналізувати інформацію. Власне, саме тут я отримав перші навички наукового дослідження, – розповідає Олександр.

Він навчається на державній формі навчання і з 1 курсу отримує стипендію. Каже, що участь в науково-практичних конференціях допомагає підвищити рівень своєї підготовки. Представляючи наш університет, виступав на наукових форумах в Івано-Франківську, Чернівцях, Вінниці, Міжнародних медичних конгресах студентів і молодих вчених, які щороку зорганізовує університетська рада СНТ і рада молодих вчених за сприяння обласної асоціації молодих медиків Тернопілля в НОК «Червона калина».

– Тези моїх доповідей друкували в наукових студентських журналах. Оpubлікував також статтю «Нові аспекти лікування пієлонефриту у вагітних». Це тема наукової роботи, над якою працюю з 4 курсу. Маю намір займатися нею і в майбутньому. В наукових дослідженнях, які стали частиною мого життя, велику підтримку й допомогу отримую від наукового керівника – доцента Андрія Івановича Мисака. Вперше ж долучився до студентської науки на молодших курсах:

під керівництвом викладача, доцента кафедри гістології Андрія Васильовича Довбуша, який обрав для вивчення дуже цікаву тему, – «Зміни внутрішніх органів шурів при термічних ураженнях», допомагав проводити наукові експерименти.

– Весною цього року ви представляли ТДМУ на Всеукраїнській студентській олімпіаді з акушерства та гінекології, що відбулася на базі Вінницького національного медичного університету ім. М. Пирогова. Розкажіть, будь ласка, про цю подію.

– Це був вже другий етап олімпіади з участю 24 студентів медичних факультетів різних ВНЗ України. Дуже цікавою видалася й теоретична, й практична частина. Спочатку кожному учаснику запропонували 40 тестових завдань, чотири ситуаційні задачі та два питання з алгоритмом надання невідкладної допомоги в акушерстві. Відповісти треба було письмово. Я успішно вপরався з усім та отримав найбільшу кількість балів. Практична частина складалася з трьох конкурсів, зокрема, й на швидкість в'язання хірургічних вузлів. Демонстрували також картинку УЗД, комп'ютерні томограми і потрібно було їх описати, поставити діагноз. Для мене це не склало жодних труднощів. Адже на заняттях ми детально розглядаємо схожі записи, тож укотре переконався, що методика навчання в ТДМУ найкраща. Діагноз я поставив правильно, а в підсумку посів третє місце й був нагороджений дипломом III ступеня. Користуючись нагодою, хочу подякувати ректорові нашого університету, члену-кореспонденту НАМН України, професору Леонідові Якимовичу Ко-



вальчуку за надану можливість представляти наш університет на олімпіаді всеукраїнського рівня, яка збрала кращих з кращих.

**– Звідки ви родом? Чому з-поміж усіх професій обрали професію лікаря, а з-поміж усіх медичних вишів – ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського?**

– Родом я з Рівненської області, з райцентру Гоща. У школі дуже подобалися природничі науки – хімія, біологія. Брав участь в олімпіадах. За результатами ЗНО з хімії набрав максимальну кількість балів – 200. З біології мав 197 і 193 – з української мови. Готуючись вступати до ТДМУ, в школі вчився дуже старанно. Обрав же його за порадою знайомих хлопців, які тут навчалися й які багато розповідали про свій університет.

– У Тернополі у шкільні роки бували?

– Так, приїжджав сюди на екскурсію. І місто, і медичний університет мені дуже сподобався, захотілося вчитися саме тут. Коли став студентом, зрозумів, що не помилюся. ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського – найкращий медичний ВНЗ України, офіційні рейтинги це підтверджують. Пишаюся своїм університетом.

**– Що, на вашу думку, варто було б запозичити іншим медичним вишам?**

– Приміром, методику «єдиного дня». Радий, що вона у нас запроваджена. Не марнується час на переїзди з одного корпусу в інший, можна сконцентруватися на вивченні однієї дисципліни впродовж робочого дня. Приємно, що університет дуже динамічно розвивається. З року в рік покращується матеріально-технічна база, оновлюються навчальні корпуси, гуртожитки, поліпшуються побутові умови студентів. А ще у нас прекрасні лабораторії, віварій, анатомічний музей...

**– Професію лікаря обрали за прикладом...**

– ... мами, яка понад 20 років працювала медсестрою в інфекційному відділенні Гощинської районної лікарні. Дитиною часто бував у неї на роботі, бачив як працюють лікарі, рятуючи людей, бо випадки бували різні. Тато працює інженером-механіком, з технікою дружить. Маю ще брата Михайла. Він навчається в 10 класі. Відмінник. Якщо закінчить школу із золотою медаллю та успішно складе ЗНО – готуватиметься до вступу в наш університет.

**– Найкращим відпочинком вважаєте...**

– ... гру в футбол, катання на велосипеді, взимку – на лижах. Улюблений маршрут для прогулянок у файновому місті – навколо Тернопільського ставу. Люблю туризм, гірські походи з ночівлями в Карпатах. За два дні траплялося пройти 30 кілометрів і більше. Подобається відпочивати на морі, бо плавати люблю. Але не завжди можу скласти компанію друзям, які запрошують в чергову мандрівку, бо навчання вимагає часу. І, звісно ж, уваги потребує сім'я. Дружина теж медик за фахом.

**– Успіху вам у навчанні та гармонії в житті.**

Оксана БУСЬКА

## ОГОЛОШЕННЯ

**ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО» МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ (АКРЕДИТОВАНИЙ ЗА IV РІВНЕМ)**

### ОГОЛОШУЄ КОНКУРС НА ЗАМІЩЕННЯ ПОСАД:

#### НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ:

- завідувача кафедри військово-польової та амбулаторної хірургії – 1 посада;
- завідувача кафедри загальної та малінозвизивної хірургії – 1 посада;
- завідувача кафедри хірургії № 1 з урологією – 1 посада.

**Вимоги до претендентів:** наявність наукового ступеня доктора медичних наук, вченого звання професора, стаж науко-

во-педагогічної роботи – не менше десяти років.

– завідувача кафедри травматології та ортопедії з комбустіологією – 1 посада.

**Вимоги до претендентів:** наявність наукового ступеня кандидата або доктора медичних наук.

#### НА ФАКУЛЬТЕТІ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ:

– завідувача кафедри хірургії № 2 – 1 посада.

**Вимоги до претендентів:** наявність наукового ступеня доктора медичних наук, вче-

ного звання професора, стаж науково-педагогічної роботи – не менше десяти років.

– доцента кафедри педіатрії № 2 – 2 посади.

**Вимоги до претендентів:** наявність наукового ступеня кандидата медичних наук, стаж науково-педагогічної роботи – не менше чотирьох років.

**Термін подачі документів – один місяць з дня оголошення.**

**Звертатися:** 46001 м. Тернопіль, майдан Воли, 1, відділ кадрів, тел. 52-14-64.

# ДІЯЛЬНІСТЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В РАМКАХ РЕФОРМИ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Проблеми та необхідність змін у галузі загальної практики-сімейної медицини обговорили під час «круглого столу» «Діяльність лікаря загальної практики сімейної медицини в рамках реформи місцевого самоврядування», який відбувся 9 вересня на базі НОК «Червона калина» ТДМУ під головуванням ректора ТДМУ, професора Леоніда Ковальчука.

Участь у цьому заході взяли перший заступник міністра регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства В'ячеслав Негода, начальник управління реформ системи охорони здоров'я МОЗ України Костянтин Надутий, начальник управління Одеської облдержадміністрації В'ячеслав Поляний, радник міністра регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства Андрій Рева, перший заступник директора департаменту охорони здоров'я Тернопільської ОДА Лідія Чайковська.

«Ця тема є надто актуальною. Наголос під час сьогоднішнього засідання буде поставлений на діяльності сімейного лікаря як підприємця. Ми вже кілька років пропагуємо введення в дію такої практики. Міністр охорони здоров'я Олег Мусій зацікавився цим питанням. Два місяці тому в МОЗ прийняли рішення про проведення «круглих столів» на цю тему. Оскільки наша область

була ініціатором цієї ідеї, то перші обговорення відбуваються саме тут», — зазначив Леонід Якимович.

Ректор ТДМУ імені І.Горбачевського наголосив на тому, що реформи в медицині України не мали успіху через те, що лікар і пацієнт не бачили у них свого місця.

«І надалі живемо в ілюзіях, що зміни в галузі можна робити на підставі адміністративного впливу.

Нічого не вдасться, доки не запрацює ринковий механізм. В Україні вже зроблено два важливі кроки, один з яких стосується створення центрів первинної медико-санітарної допомоги. Це необхідно було здійснити, адже 30 % коштів від адміністративної одиниці лікувального закладу тепер спрямовують винятково на діяльність первинної медико-санітарної ланки, яку колись фінансували за залишковим принципом. Інший крок — створення Центрів екстреної медичної допомоги. Проте введення страхової медицини суттєво прискорить надання якісних медичних послуг. Задля вивчення іноземного досвіду реформ у медичній галузі, наших викладачів спрямували у сім країн.



Скажу відверто, що своїми досягненнями вразила Грузія. У нас головним аргументом відмови від введення страхової медицини називають те, що люди бідні. Водночас українці, лікуючись у медичних закладах, купують медикаменти, платять хабарі. В Грузії медицина, по суті, була зруйнована, проте уряду цієї країни вистачило політичної волі ввести страхову медицину. Держава застрахувала всіх без винятку громадян на гарантований мінімум для надання ургентної медичної допомоги. Потрапляючи до лікарні з апендицитом чи з іншим гострим станом, пацієнт цілковито забезпечений медикаментами. Директор лікарні має право встановлювати таку зарплатню, завдяки якій втримує най-

кращих фахівців. Якщо лікарі загальної практики-сімейної медицини працюватимуть як підприємці та укладатимуть угоди з Центрами первинної медико-санітарної допомоги, то вони вже стануть ближче до страхової медицини та її впровадження буде легшим», — додав Леонід Якимович.

У своєму виступі перший заступник міністра регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства В'ячеслав Негода звернув увагу на те, що успіх медичної галузі залежатиме від того, наскільки ефективною буде влада сьогодні в державі. За його словами, одним із спільних завдань є проведення одночасних реформ в органах влади та

різних напрямках життєдіяльності країни.

«Найбільшого вдосконалення вимагає система територіальних органів влади. Нам потрібно позбутися тих проблем, які залишилися у спадок від попередників. Насамперед це стосується високого рівня концентрації влади згори, що призвело до узурпації тієї ж влади. Нині система місцевого самоврядування розбалансована і не має чітко закріплених власних ресурсів. Найбільша проблема, яка потребує негайного розв'язання, — це корупція та хабарництво. Потрібно внести зміни до Конституції України, без яких неможливо зробити реформи. Треба змінити статус державних місцевих адміністрацій та перетворити їх в органи з контролюючо-наглядовими функціями. За кордоном з цією метою створені префектури. Зараз у Верховній Раді поданий і зареєстрований Закон України «Про внесення змін до Конституції України». На жаль, теперішній парламент не в стані прийняти цей документ», — констатував В'ячеслав Негода.

На його думку, саме медицина має бути формуючим чинником щодо районів, а не навпаки.

Начальник управління реформ системи охорони здоров'я МОЗ України Костянтин Надутий проаналізував доцільність подальшої підтримки системи Семашко в Україні. За його словами, у світовій практиці її в чистому вигляді вже давно не існує, тому в Україні також потрібно докорінно змінити систему охорони здоров'я. Він висловив подяку Тернопільському державному медичному університету імені І.Горбачевського за те, що його керівництво та викладацький склад є своєрідним «центром тяжіння» нових ідей і підходів у медицині.

Під час другого блоку роботи «круглого столу» було заслухано доповідь Леоніда Ковальчука на тему «Організаційна модель роботи лікаря загальної практики-сімейної медицини як підприємця-фондотримача», під час якої ректор детально ознайомив усіх присутніх з перевагами впровадження такої практики.

«Усі працівники амбулаторій та підпорядкованих їм підрозділів належать до юридичної одиниці — Центру первинної медико-санітарної допомоги та отримують заробітну платню відповідно до встановлених Кабінетом Міністрів України тарифних посадових окладів. Ці оклади не є високими і не забезпечують відповідних мотивацій працівників первинної ланки до покращення якості надання медичних послуг.

Незважаючи на запровадження диференціювання розміру оплати праці медичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи, а також безперервності стажу роботи, цільового

**(Продовження на стор. 3)**

**Таблиця 1. Розрахунки витрат на дільницю с. Увисла Гусятинського району Тернопільської області**

Кількість мешканців — 1314 осіб  
Сума на 1 мешканця 195 грн.  
Загальна сума коштів на амбулаторію — 195\*1314=256230 грн.  
Відрахування на офіс 9,42%=24136,8 грн.  
Сума, яка залишається в амбулаторії — 232093,2 грн.

	Кількість працівників	Заробітна плата	Нарахування	Податки (2 група 20% мін. ЗП)	Придбання медикаментів та медичного інвентарю	Витрати на оренду приміщення	Комунальні послуги	Витрати на пальне	Витрати на автомобіль	Потреба коштів всього
			34,7% лікар 36,83% всі інші працівники							
Сім.лікар	1	5000	1735	243,6 грн. на місяць		1 грн. на рік	20358,71 грн. в рік на газ 1000 грн.рік на електричн у енергію 135 грн.міс. на Телефон та Інтернет В рік 1620 грн.	5 л на день	3000 грн. запчастини	
Мед.сестра	1	2000	736,6							
Мед.сестра	1	2000	736,6							
Санітарка	0,5	639	235,3437							
Двірник	0,25	304,5	112,14735				155 л на місяць	1000 грн. обслуговування		
<b>МІСЯЦЬ</b>	<b>3,75</b>	<b>9943,5</b>	<b>3555,69</b>	<b>243,6</b>	<b>1025,0</b>	<b>0,08</b>	<b>1914,89</b>	<b>2325</b>	<b>333,3</b>	<b>19341,10</b>
<b>РІК</b>	<b>119322</b>	<b>42668,29</b>	<b>2923,2</b>	<b>12300</b>	<b>1</b>	<b>22978,71</b>	<b>27900</b>	<b>4000</b>	<b>232093,20</b>	

Кошти, виділені на медикаменти, повинні бути використані повністю — це підтверджується чеками на їх придбання і відповідними записами в амбулаторних картах.

Кошти, виділені на комунальні послуги, обслуговування автомобіля, пальне, зарплату для технічного персоналу, лікар-підприємець при економії може використати на власний розсуд, в тому числі на доповнення своєї зарплати та інших працівників.

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](mailto:hazeta.univer@gmail.com)

Засновники: Тернопільський держуніверситет 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 держуніверситеті ім. І.Я. Горбачевського, 46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1.

(Продовження. Поч. на стор. 2)

фінансування надбавок до заробітної плати за ненормований та напружений робочий графік медичних лікувально-профілактичних закладів у сільській місцевості останні не забезпечують належного рівня мотивації медичних працівників і часто не мають постійного застосування. Тому ми запропонували іншу форму взаємовідносин сімейного лікаря та Центру первинної медико-санітарної допомоги, за якої сімейний лікар виступатиме як приватний підприємець, що отримав ліцензію на медичну практику із загальної практики-сімейної медицини та уклав з центром угоду на обслуговування тієї чи іншої дільниці», — зазначив ректор.

Леонід Ковальчук переконаний, що запропонована схема не передбачає додаткового фінансування та розрахована з врахуванням існуючого в Україні й у Тернопільській області зокрема фінансування медицини з розрахунку на одного мешканця. «За результатами фінансування охорони здоров'я в Тернопільській області 2013 року для забезпечення надання медичної допомоги на первинному та вторинному рівнях та екстреної медичної допомоги припадає 650 грн. на одного жителя. Приблизно таку ж суму виділяють і на одного мешканця сільської місцевості. Згідно з існуючими директивами МОЗ України на первинну медико-санітарну допомогу виділяють майже 30 % від цієї суми, тобто 195 гривень на рік на одного жителя для надання первинної медико-санітарної допомоги. У межах експерименту доцільно відійти від нормативу 1200 мешканців на одного сімейного лікаря на сільській дільниці та 1500 жителів на міській дільниці, адже на більшості існуючих дільниць обслуговують від 1500 до 2000 осіб», — продовжив ректор.

Присутнім Леонід Ковальчук запропонував розглянути приклад дільниці села Увисла Гусятинського району, що нараховує 1314 мешканців. Загальна сума коштів, виділених на дільницю з кількістю 1314 жителів, складе 256230 гривень на рік, які можна поділити за схемою, поданою в таблиці 1. Для цього лікар повинен бути підприємцем-фізичною особою та мати ліцензію на право здійснення медичної практики.

На прикладі села Ілавче Тербовлянського району Леонід Якимович продемонстрував інший випадок. Він розповів, що тут сільська дільниця нараховує 2300 жителів, загальна сума виділених коштів складе 448 500 гривень, які можна поділити за схемою, поданою в таблиці 2. До того ж як у першому, так і в другому випадках 9,42% від виділених коштів спрямовують на утримання Центру первинної медико-санітарної допомоги.

Треба зазначити, що існуюча правова база дозволяє реалізацію такої діяльності. Крім того, за наказом МОЗ України № 131 від 23.02.2012 р. «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги

## ДІЯЛЬНІСТЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В РАМКАХ РЕФОРМИ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ

**Таблиця 2. Розрахунки витрат на дільницю с. Ілавче Тербовлянського району Тернопільської області**

Кількість мешканців — 2300 осіб  
Сума на 1 мешканця 195 грн.  
Загальна сума коштів на амбулаторію — 195\*2300=448500 грн.  
Відрахування на офіс 9,42%=42248,7 грн.  
Сума, яка залишається в амбулаторії — 406251,3 грн.

	Кількість працівників	Заробітна плата	Нарахування	Податки (2 група 20% мін. ЗП)	Придбання медикаментів та медичного інвентарю	Витрати на оренду приміщення	Комунальні послуги	Витрати на пальне	Витрати на автомобіль	Потреба коштів всього
			34,7% лікар 36,83% всі інші працівники							
Сім.лікар	1	10000,00	3470,00	243,6 грн. на місяць		1 грн. на рік	36148,21 грн. на газ 2800 грн. на електричну енергію 135 грн./міс. Телефон та Інтернет. В рік 1620 грн.	186 л на місяць	3500 грн. на запчастини	
Мед.сестра	1	2500	920,75							
Мед.сестра	1	2500	920,75							
Мед.сестра	1	2500	920,75							
Санітарка	0,5	639	235,34							
Двірник	0,25	304,5	112,15				6 л на день	1500 грн. на обслуговування		
<b>МІСЯЦЬ</b>	<b>4,75</b>	<b>18443,5</b>	<b>6579,7</b>	<b>243,6</b>	<b>2000,0</b>	<b>0,1</b>	<b>3380,7</b>	<b>2790,0</b>	<b>416,7</b>	<b>33854,3</b>
<b>РІК</b>		<b>221322,0</b>	<b>78956,9</b>	<b>2923,2</b>	<b>24000,0</b>	<b>1,0</b>	<b>40568,2</b>	<b>33480,0</b>	<b>5000,0</b>	<b>406251,3</b>

Кошти, виділені на медикаменти, повинні бути використані повністю — це підтверджується чеками на їх придбання і відповідними записами в амбулаторних картах.

Кошти, виділені на комунальні послуги, обслуговування автомобіля, пальне, зарплату для технічного персоналу, лікар-підприємець при економії може використати на власний розсуд, в тому числі на доповнення своєї зарплати та інших працівників.

та примірних положень про його підрозділи», в затверженому додатку «Примірне положення про центр медичної (медико-санітарної) допомоги» п. 2.2.3 і в додатку «Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу» п. 4.8, передбачено

сом. Він сплачує єдиний податок — 20 % від мінімальної заробітної платні; єдиний соціальний податок від заробітної платні: 34,7 % за себе, а за кожного найманого працівника — 36,83 % (відповідно до ризику). Крім того, від зарплатні кожного працівника перераховує 3,6 % у Пенсійний фонд і 15 % — як податок на доходи фізичних осіб.

Доцільно, щоб в угоді з ліка-

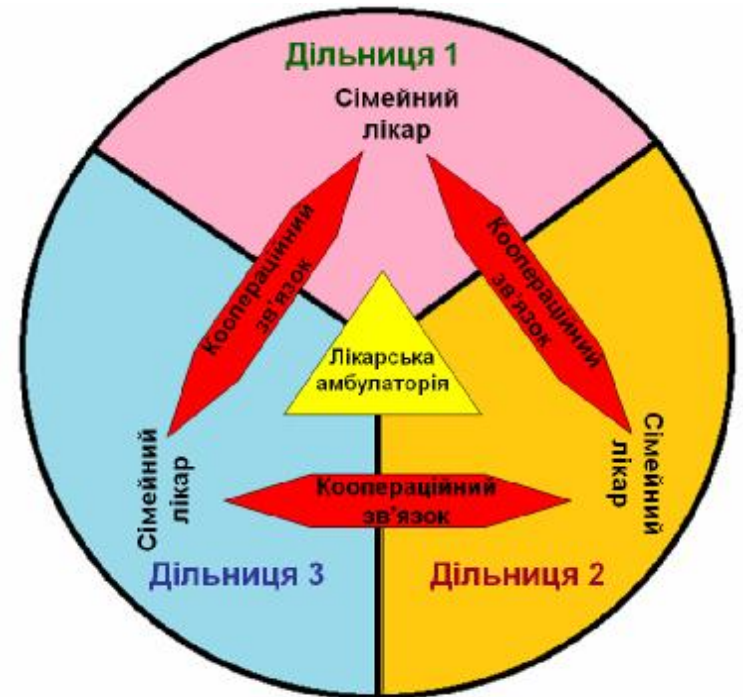


цивільно-правові відносини центру первинної медико-санітарної допомоги та лікаря загальної практики-сімейної медицини, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець.

«Лікар укладає цивільно-правову угоду з Центром первинної медико-санітарної допомоги для надання відповідної медичної допомоги на певній дільниці й працює за другою групою згідно з Податковим кодек-

рем-підприємцем було передбачено затвердження річних кошторисів Центрів первинної медико-санітарної допомоги. Це дасть можливість уникнути неправомірного використання коштів, а за необхідності вносити корективи для оптимізації їх розподілу.

За поданими актами виконаних робіт, які одночасно є звітами про обсяг виконаної роботи, Центри щомісячно перераховують підприємцю кошти, а він використовує їх за схемою, по-



**Рис. 1. Схема коопераційних зв'язків лікарів, що перебувають у цивільно-правових відносинах з Центром первинної медико-санітарної допомоги в умовах лікарської амбулаторії.**

даному в таблицях 1 і 2. Роботу лікаря контролюють відповідні працівники Центру первинної медико-санітарної допомоги. При відхиленнях підприємця від обсягу та якості надання медичної допомоги пацієнтам на дільниці, регламентованих угодою, згідно з цією ж угодою повинна бути передбачена можливість її розриву з підприємцем за ініціативи центру в односторонньому порядку», — проаналізував Леонід Ковальчук.

Він звернув увагу і на те, що лікарі загальної практики-сімейні лікарі, які працюють як підприємці на основі цивільно-правових угод з Центрами первин-

ної медико-санітарної допомоги в умовах лікарських амбулаторій, можуть кооперуватися з метою заміни один одного на період відпустки або відсутності на роботі з інших причин, а також задля використання більшого досвіду свого колеги у тому чи іншому напрямку медичної діяльності. Така кооперація є звичним методом у роботі європейських та американських сімейних лікарів (рис.1). Кооперування лікарів може бути корисним і щодо зменшення чисельності молодшого медичного персоналу, доведення його кількості до оптимальної.

(Продовження на стор. 4)

# ДІЯЛЬНІСТЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В РАМКАХ РЕФОРМИ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ

**(Закінчення. Поч. на стор. 2-3)**

«Важливо відійти від жорсткої регламентації штатного розпису та нормативів на одного лікаря — дві медсестри. Доцільно користуватися реальними потребами, що дасть можливість не лише зекономити кошти, але й уникнути організаційних недоліків, пов'язаних з наказом № 33, який у запропонованій схемі діяти не буде. Правова основа організації роботи в межах цивільно-правових угод між лікарем-підприємцем і Центром первинної медико-санітарної допомоги допускає таку можливість.

Як видно з таблиці 1, при обслуговуванні за такою схемою 1314 осіб лікар буде отримувати заробітну платню 5000 гривень, медсестра — 2000 гривень, санітарка, яка працюватиме на 0,5 посадового окладу — 639,0 гривень, двірник, який працюватиме на 0,25 посадового окладу — 304,5 гривень. Окрім того,

лікар отримуватиме 1025 гривень (на місяць) для закупівлі медичних засобів, 1914,89 гривень на місяць для оплати комунальних послуг, 333,3 гривень на місяць для обслуговування автомобіля та 2325 гривень в місяць на бензин (з розрахунку 5 л на день).

При обслуговуванні 2300 осіб (таблиця 2) лікар отримуватиме заробітну платню 10 000 гривень, медсестра — 2500 гривень, санітарка, яка працюватиме на 0,5 посадового окладу — 639,0 гривень, двірник, який працюватиме на 0,25 посадового окладу — 304,5 гривень. Окрім того, в розпорядженні лікаря буде 2000 гривень на місяць для закупівлі медичних засобів, 3380,7 гривень для оплати комунальних послуг, 416,7 гривень для обслуговування автомобіля, 2790 гривень для закупівлі бензину (з розрахунку 6 л на день)», — детальноше зу-

пинився на економічних показниках Леонід Ковальчук.

Ректор Тернопільського державного медичного університету у своїй доповіді виокремив кілька переваг запропонованої моделі, які полягають в такому:

— система саморегулюється і сума коштів, які виділяють сімейному лікарю на надання первинної медичної допомоги, залежить від кількості мешканців дільниці, яку обслуговує сімейний лікар;

— з кожним роком збільшується кількість коштів, які виділяють на одного мешканця, відповідно, збільшується і кількість коштів, які виділяють лікарю загальної практики-сімейному лікарю;

— оскільки оплата роботи сімейного лікаря здійснюється за актами виконаних робіт, то цей факт є основним у поліпшенні ефективності надання медичної допомоги.

«Можна вважати, що при

здійсненні цих заходів у лікарів та іншого медичного персоналу з'являється мотивація працювати в первинній ланці охорони здоров'я. Запропонована модель легко інтегрується в страхову медицину. Різниця буде лиш у тому, що лікар загальної практики-сімейної медицини укладе угоду зі страховою компанією, яка й проведить необхідну оплату». — підсумував Леонід Якимович.

Проректор з науково-педагогічної роботи Тернопільського державного медичного університету імені І.Горбачевського, професор Аркадій Шульгай проаналізував проблеми кадрового забезпечення первинної ланки та можливі шляхи їх вирішення.

Проректор ТДМУ з науково-педагогічної та лікувальної роботи, професор Надія Ярема розповіла про облаштування та технічне забезпечення закладів

первинної медико-санітарної допомоги.

На доцільності інформаційного та технічного забезпечення діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини наголосив під час свого виступу проктор з наукової роботи, інноваційних та комп'ютерних технологій ТДМУ, професор Василь Марценюк.

Спеціаліст з менеджменту планово-фінансового відділу ТДМУ Олеся Члєк представила фінансові розрахунки видатків діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини.

Начальник юридичного відділу ТДМУ Микола Люшненко ознайомив з правовими основами діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини. «Існуюче законодавство дозволяє використовувати різні організаційні форми надання медичної допомоги, зокрема, адміністративно-правову, приватну практику сімейного лікаря-фондотримача, форму комунальних некомерційних неприбуткових підприємств», — зазначив доповідач.

Проведення «круглого столу» ще раз підтвердило те, що зміни в галузі сімейної медицини є життєво необхідними.

**Яніна ЧАЙКІВСЬКА**

## СПЕЦІАЛЬНИЙ РАДНИК

# ПРОФЕСОР ЗАЗА БОХУА (ГРУЗІЯ): «НАША СПІВПРАЦЯ З ТДМУ БУДЕ АКТИВНОЮ, УСПІШНОЮ ТА ПЛІДНОЮ»

12 вересня Тернопільський державний медичний університет імені І.Горбачевського в особі ректора, члена-кореспондента НАМН України, професора Л.Ковальчука й інститут післядипломної медичної освіти та безперервного професійного розвитку Тбіліського державного медичного університету (Грузія) в особі директора, професора З.Боуха підписали угоду про міжнародну співпрацю.

Згідно з цим документом директор інституту післядипломної медичної освіти та безперервного професійного розвитку Тбіліського державного медичного університету, професор Заза Боуха став спеціальним радником ректора Тернопільського державного медичного університету імені І.Горбачевського з питань здійснення реформування медичної освіти та медичної галузі. Попередньої домовленості про це було досягнуто під час візиту Леоніда Якимовича у складі урядової української делегації до Грузії влітку цього року, учасників якої вразив досвід цієї країни у впровадженні реформ у медицині.

Професор Заза Боуха має великий досвід щодо здійснення реформ у медицині та медичній освіті. Він, перебуваючи на посаді директора департаменту Міністерства охорони здоров'я Грузії, став автором більшості нормативних документів, які лягли в основу якісного оновлення медичної галузі країни та ввели її на рівень кращих світових стандартів.

Грузинський колега мав можливість детально ознайомитися із діяльністю медичного університету. Також відвідав університетську лікарню, з діяльністю якої його ознайомив головний лікар Василь Білахар.

«Медична академія» попросила професора Зазу Боуха поділитися власними враженнями від перебування в ТДМУ та досвідом щодо реформування післядипломної освіти.

— Хочу висловити своє щире захоплення від перебування в Україні, я вперше у Тернополі та, зокрема, в ТДМУ. Стосунки партнерства й співробітництва єднають Тбіліський та Тернопільський медичні університети впродовж останніх років. Цього літа у нашому університеті побувала делегація ТДМУ, отож я мав нагоду познайомитися з вашими викладачами та ректором, членом-кореспондентом НАМН України, професором Леонідом Ковальчуком.

Мене дуже тішить сама подія, з приводу якої я перебуваю в Україні — Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Післядипломна освіта та лікарське самоврядування за європейськими стандартами». Цей захід засвідчив готовність вашої медичної спільноти обирати новий шлях розвитку післядипломної освіти, зорієнтований на євроінтеграцію. Саме на цьому форумі й було обговорено стратегію майбутніх дій. Хочу зауважити: під час здобуття незалежності Грузії ми розуміли, що без реформ не зможемо досягти вищого рівня та зберегти країну для майбутніх поколінь. Формування нових засад діяльності медичної галузі вимагало чимало зусиль і часу, але така стратегія вже зараз засвідчила правильність наших дій. Запровадження післядипломної освіти, зорієнтованої на євроінтеграцію, в нашій

країні відбулося ще 1999 року. Литва та Латвія також обрали саме цей шлях, аби бути більш інтегрованими в світовий медичний простір. Звісно, тішить той факт, що й Україна зробила свій вибір.

Під час мого перебування в ТДМУ ми разом з ректором цього ВНЗ, членом-кореспондентом НАМН України, професором Леонідом Ковальчуком підписали угоду



про міжнародну співпрацю між нашими вишами, тож, сподіваюся, що наші стосунки ділового партнерства міцнітимуть та розвиватимуться. Такі взаємовідносини у нас склалися, гадаю, тому, що багато нововведень, які впроваджені у вашому університеті знайшли відгук у фахівців нашого ВНЗ і реформи, які проводимо в нашому виші, співзвучні. У вашому навчальному

закладі ми знайшли партнерів, односторонній тому, сподіваюся, будемо вже разом продовжувати роботу у певних напрямках діяльності. Хочу зауважити, що додипломна підготовка спеціалістів у ТДМУ — на високому рівні, всі програми адаптовані до міжнародних стандартів, про це свідчать та кількість іноземних студентів, які навчаються у вашому ВНЗ, та їх дипломи дійсні у всьому світі. Тож і не дивно, що ідеї реформування післядипломної освіти в Україні народилися саме у вашому університеті, зокрема, вони належать ректору Леонідові Ковальчуку, якого можна назвати сподвижником та ідейним натхненником таких інновацій.

Сподіваюся, підписана угода про міжнародну співпрацю стане новим етапом наших стосунків, який буде активним та успішним.

Щодо реформування післядипломної освіти, то виходячи з нашого досвіду, гадаю, що й у вашій країні він буде поетапним, насамперед потрібно створити й затвердити перелік спеціальностей та уніфікованих програм для резидентури. Ясна річ, країна має створити власну модель післядипломної медичної освіти, врахувавши багато чинників, приміром, запити на необхідні нині спеціальності, визначивши проблемні питання практичної медицини — першочергові та перспективні. Судячи з інформації, яку отримав під час конференції, у вас найбільша потреба є у фахівцях загальної практики-сімейної медицини. Відтак, узявши до уваги усі ці аспекти та цінний досвід зарубіжних колег, й має бути створена власна модель післядипломної освіти, яка буде єдиною для усіх ВНЗ країни. Мені стало відомо, що під час конференції вже досягнули пев-

них домовленостей щодо першочергових кроків реформування післядипломної освіти в Україні. Найперше потрібно створити нормативну законодавчу базу, яка, звісно, містить багато «технічних» моментів, але вони дуже важливі, аби уникнути якихось перепон на шляху перетворень. Це нелегкий шлях, можливо, ви зустрінете й певний супротив, можна спрогнозувати, що будуть певні особи, які не люблять реформ, втім не варто на це зважати. Бо інновації, які передбачають у вашій країні, — це нові можливості, перспектива для медичних фахівців вільно почуватися в європейському медичному просторі. До слова, нещодавно Угода про асоціацію з Євросоюзом, яку підписала Україна, тільки сприятиме цьому. Ми адаптували спільно з фахівцями Євросоюзу та США свої навчальні програми. І нині наші резиденти мають можливість стажуватися у країнах Євросоюзу. Для них створені там ті ж умови, що й для громадян цих країн і вони відчують себе повноправними членами європейської медичної спільноти.

Ми ж хочемо запропонувати свою допомогу зреалізувати усі ці інновації, поділимося нашими партнерськими зарубіжними зв'язками, які склалися впродовж багатьох років. У нас дружні відносини з університетами 80 країн світу, також ми створили Центр перепідготовки професорсько-викладацького складу Тбіліського державного медичного університету у Великобританії. Тому радо пропонуємо вам свій досвід, здобуті знання, будемо разом розвиватися на благо наших народів.

**Лариса ЛУКАЩУК,  
Яніна ЧАЙКІВСЬКА**

# ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА ТА ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ ЗА ЄВРОПЕЙСЬКИМИ СТАНДАРТАМИ

## «МАЙБУТНЄ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ У ЗАПРОВАДЖЕННІ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ»

Необхідність реформування післядипломної освіти в Україні з врахуванням європейського досвіду була висвітлена в доповіді ректора ТДМУ, члена-кореспондента НАМН України, професора Леоніда Ковальчука.

«Ще в другій половині 2013 року департамент роботи з персоналом, науки і освіти Міністерства охорони здоров'я України доручив нашому університету вивчити міжнародний досвід здобуття післядипломної освіти. Ми делегували викладачів до семи країн, зокрема Австрії, Чеської Республіки, Словаччини, Грузії, Польщі, Німеччини, Канади. Проаналізувавши вивчене, побачили, що найбільше Україні годиться досвід Польщі. Відтак до Польської Республіки зорганізували ще одну делегацію у складі 11 осіб, половину з яких склали представники Міністерства охорони здоров'я, іншу — наші викладачі. Очолити делегацію професор Олександр Волосовець.

Головна мета сьогоднішнього заходу — виробити підхід задля зміни форми розподілу після закінчення навчання на додипломному рівні на підставі єдиного державного іспиту на прикладі Польщі. Інше питання, яке буде розглянуто, — перехід від інтернатури до резидентури. Ще один важливий аспект обговорення — це впровадження лікарського самоврядування. У Польщі його здійснює Лікарська палата (Ізба лікарська). В Україні нині діє Лікарське товариство. Міністерство охорони здоров'я має передати значну частину функцій цьому органу для реалізації лікарського самоврядування», — виокремив Леонід Ковальчук.

Ректор ТДМУ також назвав несправедливістю теперішній розподіл випускників ВНЗ на роботу. «На мою думку, студенти, які вступили на державну форму навчання, вже заслужили його тим, що продемонстрували кращі знання. Вони не зобов'язані відпрацьовувати певний термін на тих посадах, куди їх спрямує держава. З іншого боку, первинна ланка має бути заповнена фахівцями. Відповідно потрібно шукати шляхи розв'язання цієї ситуації.

Повчальним є досвід Грузії, сьогодні у нас присутній директор Інституту післядипломної медичної освіти та безперервного професійного розвитку Тбіліського державного медичного університету, професор Заза Бохуа, який був автором

У конгрес-центрі НОК «Червона калина» нашого університету 11-12 вересня тривала Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Післядипломна освіта та лікарське самоврядування за європейськими стандартами» з дистанційним під'єднанням за допомогою відеоконференції з усіма вищими медичними та фармацевтичними навчальними закладами України.

Очолити роботу конференції виконуючий обов'язки директора департаменту персоналу, освіти та науки Міністерства охорони здоров'я, професор Олександр Волосовець, який привітав всіх учасників від імені МОЗ України.

бази нормативних документів для введення страхової медицини у своїй країні. Потрібно зазначити, що медична галузь Грузії перебувала в катастрофічному стані. Лікарні та гуртожитки медичного університету були приватизовані. І ось на тлі бідності в Грузії ввели страхову медицину. Держава надає страховий поліс всім громадянам на гарантова-

ка. Посадовець висловив побажання, що медичні університети інших міст за потреби приймуть інших студентів цих регіонів.

«Вдячний Донецькому та Луганському медичним університетам, які у важких умовах таки продовжили до 15 вересня вступну кампанію й після її завершення здійснили зарахування. Луганський університет відновив

Україні також ідуть цим шляхом», — додав Олександр Петрович.

Він звернув увагу й на те, що з прийняттям нового закону «Про вищу освіту» держава не буде втручатися у діяльність університетів. За його словами, цей процес відбуватиметься на рівні викладацької та студентської громад. Міністерство охорони здоров'я України залишає за собою право контролювати якість надання освітніх послуг. Олександр Волосовець закликав представників ВНЗ висловлювати власні думки та пропозиції щодо вдосконалення Закону «Про вищу освіту». На його думку, це найефективніший спосіб доопрацювати законодавчу базу й вийти на нові стандарти.

Директор Центру тестування професійної компетентності фахівців при МОЗ України Ірина Булах детальніше зупинилася на використанні стандартизованого тестового іспиту як критерію розподілу в Україні.

Помічник міністра охорони здоров'я України Станіслав Нечаїв зацентрував увагу на впровадженні лікарського самоврядування в нашій країні як виклику сьогодення.

## «У ГРУЗІЇ ПОПУЛЯРНІСТЬ НАБУВ ФАХ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ»

Стратегія реформування післядипломної медичної освіти була відображена у виступі «Проблемні питання впровадження лікарської резидентури в Україні» першого проректора Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Шулика, професора Юрія Вдовиченка.

Директор Інституту післядипломної медичної освіти та безперервного професійного розвитку Тбіліського державного медичного університету, професор Заза Бохуа ознайомив учасників конференції з досвідом Грузії щодо реформ у післядипломній освіті.

«Для мене велика честь перебувати тут. Прийміть щирі вітання від нашого Міністерства охорони здоров'я Грузії українському Міністерству. Також передаю великий уклін Тернопільському державному медичному університету і вам особисто, Леоніде Якимовичу, від нашого ректора. Під час здобуття незалежності Грузії ми розуміли, що без реформ не зможемо досягти вищого рівня та зберегти країну для своїх дітей. Отже, формування освіти на додипломному та післядипломному рівні відбувалося з 1999 року. Тбіліський державний медичний університет і Грузинсь-

ка державна медична академія об'єдналися 2006 року. Утримувати маленькій державі два великих заклади було важко, тому таке злиття стало оптимальним рішенням. Відтак медичний університет у Тбілісі — це насправді два великих навчальних заклади. У нашому інституті всі архівні документи зберігаються з 1934 року. Зараз ми переводимо їх в електронні варіанти, що дає можливість широкого доступу до них», — розповів Заза Бохуа.

Він також зазначив, що під час впровадження реформ уряд Грузії встановив контакт із своїми колишніми громадянами, які займали провідні посади за кордоном. Вони допомогли своїй історичній батьківщині зробити кроки до розвитку.

«Після отримання диплома фахівець має право продовжити навчання в трьох напрямках. Перший — резидентура, після завершення якої людина отримує незалежний професійний сертифікат. Другий — докторантура, яка призначена для тих, хто хоче розвиватися в напрямку викладацької чи наукової діяльності. Третій напрям — магістратура. Щодо резидентури, то це стосується клінічних спеціальностей, навчання в ній дає право бути лікарем. Ми адаптували спільно з фахівцями Євросоюзу та США свої навчальні програми. Також вирішили, що через кожні 4-5 років переглядаємо й адаптуємо навчальні програми, аби не відставати від світових тенденцій», — поділився досвідом Заза Бохуа.

За його словами, з введенням страхової медицини популярною спеціальністю стала сімейна медицина. В Грузії не продають ліків без рецептів, люди повинні звертатися до сімейного лікаря. «Також знизився рівень популярності у здобутті такої професії, як кардіохірург. А вже після реформ зросли вимоги до цих фахівців. Окрім того, потрібно довше навчатися. Також створили Центр перепідготовки професорсько-викладацького складу, щоб професійне зростання було безперервним», — підсумував Заза Бохуа.

Начальник Української військово-медичної академії (м. Київ) Валерій Савицький під час своєї доповіді зупинився на проблемних питаннях організації підготовки студентів медичного факультету з військових і військово-медичних дисциплін.

Окрім того, 11 вересня було заслухано ще понад 15 доповідей про світовий досвід організації післядипломної освіти, які підготували викладачі Тернопільського державного медичного університету імені І.Горбачевського за результатами стажувань в Австрії, Чеській Республіці, Словаччині, Грузії, Польщі, Німеччині, Канаді.

Проректор ТДМУ, професор Н.І.Ярема розповіла про резидентуру як форму спеціалізації в Польщі, а також про роль університетської лікарні в післядипломній підготовці лікарів.

Загалом участь у конференції взяли понад 300 представників ВНЗ медичного профілю, директори медичних училищ, головні лікарі і заступники головних

(Продовження на стор. 6)



ний мінімум надання першої медичної допомоги. З 1 вересня цього року в Грузії набув чинності закон, згідно з яким додатково забезпечено страхування громадян на надання планової медичної допомоги. Переконаний, що реформи в медичній галузі будуть неефективними без введення страхової медицини», — наголосив Леонід Ковальчук.

## «ДУМКА ПРЕДСТАВНИКІВ ВНЗ З ВДОСКОНАЛЕННЯ ЗАКОНОДАВЧОЇ БАЗИ МАЄ БУТИ ПОЧУТОЮ»

Олександр Волосовець звернув увагу на проблеми у реформуванні медичної галузі, проаналізував новоприйнятий Закон України «Про вищу освіту». Він ознайомив усіх присутніх з результатами вступної кампанії до медичних і фармацевтичних навчальних закладів України. Також звернув увагу на те, що особливо дбайливого ставлення зараз потребують студенти, які перевелися з Луганського та Донецького університетів до навчальних закладів Києва, Харкова, Запоріжжя, Дніпропетровсь-

свою роботу в Старобільську на базі клінічних лікарень і медичних коледжів, які там розташовані, — продовжив Олександр Петрович. — Щиро дякую, Леоніде Якимовичу, Тернопільському державному медичному університету за те, що ви відкрили доступ до своєї електронної бази — і вони можуть використовувати ваші книги та надбаня вашого інтранету. Це забезпечує безперервний навчальний процес Луганського та Донецького університетів».

За словами Олександра Волосовця, головна мета концепції змін у галузі охорони здоров'я полягає у створенні нової системи. «У ній передбачено запровадження страхової медицини, резидентури, лікарського самоврядування, а також розбудова системи безперервного розвитку, підвищення оплати праці медиків. Пріоритет надаватиметься первинній ланці та екстреній медичній допомозі. Відзначу, що завдяки ТДМУ на Тернопільщині багато зроблено в плані інформатизації галузі за рахунок запровадження електронних баз медичних закладів, телемедичних консультацій. Приємно, що більшість навчальних закладів в

# ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА ТА ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ ЗА ЄВРОПЕЙСЬКИМИ СТАНДАРТАМИ

**(Продовження. Поч. на стор. 5)** лікарів медзакладів, завідувачі амбулаторій, лікарі.

12 вересня конференція продовжила роботу у формі «круглого столу» на тему «Євроінтеграційна модель післядипломної освіти в Україні».

Виконуючий обов'язки директора Департаменту персоналу, освіти та науки Міністерства охорони здоров'я, професор Олександр Волосовець, який очолює обговорення, зазначив, що зміни у післядипломній медичній освіті перебувають на перехідному етапі, тому потрібно використати шанс для запровадження напрацювань упродовж останніх 15 років. «Уже прийнято Закон України «Про вищу освіту», в якому передбачено інтернатуру як обов'язковий етап, а також резидентуру як етап підвищення кваліфікації для отримання спеціалізації лікарем-спеціалістом. Це вже формує певну етапність процесу післядипломної освіти. Закон також чітко не визначає місце клінічної ординатури, але це маємо визначити ми з вами, шановні колеги. Вперше в цьому документі є визначення університетської клініки та університетської лікарні. На мою думку, це великий здобуток», – наголосив Олександр Петрович.

Ректор Тернопільського державного медичного університету імені І.Горбачевського, професор Леонід Ковальчук зазначив, що надання додипломної освіти в Україні відбувається на високому рівні, а післядипломна освіта потребує змін. «Насамперед це пов'язано з клінічними базами, які повинні бути потужними. Нині нам потрібно враховувати українські реалії, тому шлях впровадження резидентури буде поетапним. Переконаний, що навіть деклара-

ція певних питань матиме важливе значення. На мою думку, єдиний лікарський іспит поставити все на свої місця. У нас є підґрунтя для того, аби запровадити таку практику. Можна результати складання іспиту «Крок-2» взяти за єдиний рейтинговий показник під час розподілу наших випускників. Розраховую на те, що питання лікарського самоврядування буде також належним чином впроваджено, адже Міністерство охорони здоров'я має виконувати важливіші обов'язки. За допомогою органу лікарського самоврядування можна вирішувати кадрові питання, але для цього необхідне прийняття окремого закону», – звернувся до Леонід Якимович.

Позицію очільника ТДМУ підтримав ректор Буковинського державного медичного університету, професор Тарас Бойчук. Він додав, що працювати лише та модель, в якій буде закладено потужний мотиваційний принцип. «Вступати до резидентури повинні кращі спеціалісти. Також треба оголошувати конкурс на заміщення вакантних лікарських посад. Нині в Міністерстві охорони здоров'я є реєстр медичних кадрів, який може стати основою для заповнення вакантних посад», – прокоментував Тарас Миколайович.

Великі сподівання на запровадження та розвиток лікарського самоврядування висловив перший проректор НМАПО імені П.Шупика, професор Юрій Вдовиченко. Група науковців під керівництвом ректора НМАПО імені П.Шупика, академіка НАМН України Юрія Вороненка розробила та запропонувала для обговорення нову концепцію післядипломної освіти, яка й була прийнята за основу на

завершення дискусії під час «круглого столу».

«Після закінчення інтернатури лікарі матимуть право працювати на первинній та вторинній ланках надання медичної допомоги. Лікарі-резиденти, підготовка яких триватиме впродовж двох років, матимуть право працювати на третинній ланці. Лікарі, які закінчили інтернатуру, обов'язково відпрацюватимуть три роки на первинній чи вторинній ланці. Це стосується як тих, хто навчався на державній формі, так і контрактників. Лише після цього вони зможуть вступати до резидентури, яка буде здійснюватися лише на базі університетських чи академічних клінік.

Після резидентури лікар повинен три роки пропрацювати у практичній медицині. Найвищим рівнем підготовки лікарів є навчання в клінічній ординатурі. Проходження останньої дає можливість обійняти посаду завідувача відділення в обласній чи університетській лікарні. Максимальне навчання на всіх трьох етапах призведе до того, що висококваліфікованим лікарем вузької спеціалізації людина стане у 36 років. Це відповідає всім світовим стандартам», – розповів Юрій Петрович.

Професор Юрій Вдовиченко також вказав на те, що концепція вимагає її поетапного впровадження, адже потрібен перехідний період для запровадження резидентури та її правового забезпечення. За його словами, університетські бази не готові до прийому великої кількості резидентів.

«Вступ до резидентури на бюджетну форму навчання відбуватиметься на підставі скерування й рекомендаційного листа від департаменту або відділу охорони здоров'я регіонального рівня щодо працевлаштування на третинному рівні



в закладах області. Підготовкою резидентів може займатися керівник рівня професора у кількості не більше трьох фахівців. Місця під резидентуру виділені за рахунок місць клінічної ординатури. Тобто із 375 місць в ординатурі 300 буде віддано під резидентуру», – підсумував Юрій Вдовиченко.

Після двох днів роботи учасники конференції прийняли рішення, в якому окреслили подальші кроки на шляху до реформування післядипломної медичної освіти.

## РІШЕННЯ

### ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА ТА ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ ЗА ЄВРОПЕЙСЬКИМИ СТАНДАРТАМИ»

(Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», 11-12 вересня 2014 року, м. Тернопіль)

Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Післядипломна освіта та лікарське самоврядування за європейськими стандартами» (далі – конференція) зорганізована відповідно до наказу МОЗ України від 29.08.2014 року № 110-адм. «Про проведення науково-практичної конференції».

У роботі конференції взяли участь представники Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ України) та Української військово-медичної академії, директори державної установи «Центральний методич-

ний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України», державної організації «Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при МОЗ України», фахівці вищих навчальних закладів МОЗ України – члени робочої групи для розробки стратегічних напрямів реформування післядипломної медичної та фармацевтичної освіти, склад якої затверджений наказом МОЗ України від 21 жовтня 2013р. № 898, представники кафедр військового та військово-медичного спрямування вищих навчальних закладів МОЗ

України а також за допомогою відеоконференцзв'язку було дистанційно під'єднано всі вищі медичні (фармацевтичні) навчальні заклади України та заклади післядипломної освіти а також студентську раду МОЗ України, студентські ради ВМНЗ України.

За період роботи конференції на двох пленарних засіданнях, під час телекомунікаційного зв'язку з учасниками конференції в Україні, а також на засіданні робочої групи було заслухано й обговорено 26 доповідей та повідомлень, які стосуються поліпшення організації якісної підготовки медичних і фармацевтичних кадрів, реформування та модернізації системи післядипломної освіти, впровадження європейських стандартів післядипломної освіти в Україні; інформатизації навчального процесу, актуальних питань щодо впровадження лікарського самоврядування за європейськими стандартами.

#### КОНФЕРЕНЦІЯ РЕКОМЕНДУЄ:

1. Міністерству охорони здоров'я України

1.1. Вважати питання удосконалення організації підготовки висококваліфікованих фахівців, здатних до професійної діяльності згідно зі стандартами надання медичної допомоги та удосконалення системи безперервного професійного розвитку медичних (фармацевтичних) працівників, одними з першочергових завдань, що стоять перед вітчизняною системою охорони здоров'я на сучасному етапі.

1.2. З метою прискорення інтеграції в європейський медичний простір і підготовки лікаря, конкурентоспроможного на світовому ринку праці, проаналізувати та впровадити основні досягнення міжнародної медичної (Продовження на стор. 7)

### Концепція: нова структура ПДО (2014 р.)



# ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА ТА ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ ЗА ЄВРОПЕЙСЬКИМИ СТАНДАРТАМИ

(Закінчення. Поч. на стор. 5–6)

спільноти щодо організації післядипломної освіти та лікарського самоврядування, при цьому врахувати соціально-економічне становище нашої країни на даний час.

1.3. Робочій групі, визначеній за наказом МОЗ України від 21.10.2013 № 898 «Про затвердження складу робочої групи для розробки стратегічних напрямів реформування післядипломної освіти», завершити розробку програми реформування післядипломної освіти згідно з європейськими стандартами з урахуванням статті 47 «Післядипломна освіта» Закону України від 01 липня 2014р. № 1556 – VII «Про вищу освіту» та положення про інтернатуру та лікарську резидентуру.

1.4. Розробити шляхи та механізми імплементації до резидентури.

1.5. Розробити та впровадити єдину універсальну рейтингову систему для відбору кандидатів на післядипломну спеціалізацію за результатами стандартизованого тестового іспиту.

1.6. Для забезпечення мобільності резидентів, можливості проходження певних модулів у кращих європейських та світових клініках, визнання сертифікату спеціаліста за кордоном максимально наблизити навчальні програми за кількістю й тривалістю модулів до європейських стандартів. Збільшення термінів резидентури проводити поетапно.

1.7. Продовжити створення та удосконалення діяльності навчально-методичних тренінгових центрів для практичної підготовки лікарів у ВМ(Ф)НЗ України IV рівня акредитації та закладів охорони здоров'я.

1.8. Удосконалити організацію роботи баз стажування лікарів, запровадити практику акредитації баз стажування резидентів та їх забезпечення відповідним матеріально-технічним та кадровим потенціалом.

1.9. Удосконалити післядипломну підготовку лікарів з питань надання невідкладної та медико-психологічної допомоги при надзвичайних станах та в особливий період.

1.10. На післядипломному рівні відновити вивчення питань військової підготовки визначених спільним наказом МО/МОЗ/МОН України від 20.10.2003 р. № 31/68/53 «Про удосконалення системи підготовки офіцерів медичної служби запасу».

1.11. Забезпечити створення центрів дистанційної освіти в усіх ВМ(Ф)НЗ України IV рівня акредитації та закладах післядипломної освіти відповідно до наказу МОН України від 25.04.2013 №466 з метою забезпечення безперервного про-

фесійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників відповідно до потреб закладів охорони здоров'я.

1.12. Розробити дієві механізми щодо участі представників Всеукраїнського лікарського товариства та громадських об'єднань в удосконаленні системи оцінювання діяльності лікарів відповідно до наказу МОЗ України №484 від 10.12.2009 року.

1.13. Сприяти впровадженню європейського та світового досвіду організації страхової медицини із врахуванням соціально-економічних особливостей України.

1.14. Удосконалити систему галузевого моніторингу з врахуванням компетентнісного підходу в підготовці спеціалістів.

1.15. Активізувати роботу з інформування населення щодо перспективних планів розвитку охорони здоров'я в Україні.

1.16. Забезпечити організацію та проведення заходів, спрямованих на національно-патріотичне, інтелектуально-духовне, громадянсько-правове та морально-естетичне виховання лікарів-інтернів. Активізувати роботу щодо пропаганди здорового способу життя, волонтерської та благодійної діяльності.

2. Міністерству оборони України:

2.1. Виступити із законодавчою ініціативою щодо внесення змін до Закону України «Про військовий обов'язок і військову службу» щодо формування державного замовлення на підготовку офіцерів медичної служби запасу.

2.2. Внести пропозицію до Кабінету Міністрів України щодо створення створення кафедр військової підготовки студентів у ВНЗ МОЗ України відповідно до мобілізаційних потреб.

3. Державній установі «Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України»:

3.1. Здійснювати постійну координацію роботи опорних кафедр. Посилити контроль за якістю підготовки опорними кафедрами програм навчальних дисциплін, оновлених з урахуванням сучасних досягнень світової медичної науки та практики, створенням підручників, посібників та інших навчально-методичних матеріалів, впровадженню передового досвіду з викладання однопрофільних дисциплін у ВМ(Ф)НЗ на післядипломному етапі навчання.

3.2. Забезпечити контроль за належним впровадженням методичних рекомендацій для керівників баз стажування лікарів-інтернів усіх спеціальностей, уніфікованих форм індивідуального плану підготовки лікарів-інтернів, щоденників роботи лікарів-

інтернів, уніфікованих переліків знань і вмінь лікарів-інтернів на початку стажування.

3.3. Провести організаційну роботу щодо внесення змін до навчальних програм шляхом передбачення додаткової кількості годин на викладання тем військової терапії, військової хірургії, військової травматології, військової нейрохірургії, військової гігієни, військової епідеміології та курсів за вибором з військово-медичної тематики з урахуванням листа МОЗ України від 27 травня 2014р. № 08.01 – 47/14524.

3.4. Організувати створення авторських колективів з написання навчально-методичної літератури з питань військової медицини та медицини надзвичайних ситуацій.

4. Державній організації «Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при МОЗ України»:

4.1. Запровадити єдину універсальну рейтингову систему для відбору кандидатів на післядипломну спеціалізацію за результатами стандартизованого тестового іспиту «Крок».

4.2. З метою удосконалення тестових завдань, які входять до екзаменаційного банку Центру тестування, та посилення ролі та відповідальності опорних кафедр ВМ(Ф)НЗ за їхню якість, включити до діючої системи відбору тестових завдань експертів з тестових завдань відповідальними від опорних кафедр ВМ(Ф)НЗ та провідними спеціалістами, делегованими до Центру тестування.

4.3. Внести зміни у структуру змісту іспитів «Крок-2» та «Крок-3» щодо включення питань з військово-польової хірургії, військово-польової терапії, військової організації медичного забезпечення та надання невідкладної допомоги в умовах воєнних дій. Залучити військові кафедри ВМНЗ та УВМА до розробки оновленого змісту.

5. Ректорам вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів і закладів післядипломної освіти:

5.1. Здійснювати підготовку висококваліфікованих фахівців, здатних до професійної діяльності згідно з сучасними стандартами надання медичної допомоги в умовах впровадження Європейської кредитно-трансферної системи організації навчального процесу; впроваджувати новітні інноваційні підходи для поліпшення якості підготовки лікарів (провізорів) на післядипломному етапі; формувати мотивацію лікарів (провізорів) до постійного самовдосконалення та безперервного професійного розвитку.

5.2. Забезпечити публічне обговорення Концепції нової системи охорони здоров'я, проєктів реформування післядипломної підготовки медичних (фармацевтичних) кадрів та їх наукове обґрунтування.

5.3. Забезпечити участь науково-методичних лабораторій та опорних кафедр ВМ(Ф)НЗ IV рівня акредитації та закладах післядипломної освіти у роботі щодо завершення оновлення стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти з урахуванням вимог Закону України від 01 липня 2014р. № 1556 – VII «Про вищу освіту».

5.4. Забезпечити всебічну практичну підготовку лікарів з питань надання невідкладної та медико-психологічної допомоги постраждалим внаслідок бойових дій. Забезпечити організацію внесення відповідних змін до діючих навчальних програм.

5.5. Удосконалювати організацію дистанційної форми навчання у ВМ(Ф)НЗ, ґрунтуючись на положеннях наказу МОН України від 25.04.2013 № 466. Завершити створення центрів дистанційної освіти в усіх ВМ(Ф)НЗ України IV рівня акредитації та закладах післядипломної освіти з метою забезпечення безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників відповідно до потреб закладів охорони здоров'я.

5.6. Забезпечити розширення тематики курсів удосконалення з актуальних питань медицини; стимулювати участь слухачів у майстер-класах, on-line семінарах, відеоконсультаціях та науково-практичних конференціях.

5.7. Удосконалювати наповненість інтернет-ресурсів на освітніх порталах ВМ(Ф)НЗ України IV рівня акредитації та закладах післядипломної освіти. Розширювати можливості доступу лікарів до високоякісної післядипломної освіти, забезпечувати контроль ефективності післядипломного навчання; формувати передумови для опанування слухачами навичок самостійної роботи, реалізовувати інновації у підготовці та атестації педагогічних кадрів для системи післядипломної освіти.

5.8. Забезпечувати виконання рішення Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я від 11.01.2012 № 109 щодо організації та проведення заходів, спрямованих на національно-патріотичне, інтелектуально-духовне, громадянсько-правове та морально-естетичне виховання лікарів-інтернів. Активізувати роботу щодо пропаганди здорового способу життя, волонтерської та благодійної діяльності.

Яніна ЧАЙКІВСЬКА,  
Павло БАЛЮХ (фото)

— Вітаємо! —

28 вересня відзначає ювілейний день народження завідувач кафедри українознавства ТДМУ, професор Антоніна Михайлівна ПРИШЛЯК.



Вельмишановна Антоніно Михайлівно!

Сердечно вітаємо Вас з ювілейним днем народження!

У стінах університету Ви здобули вищу медичну освіту, а після 11 років практичної лікарської роботи успішно пройшли понад 24-літній трудовий шлях спочатку асистента кафедри патологічної фізіології, згодом – асистента, старшого викладача, доцента, професора кафедри анатомії людини. У зв'язку з виробничою необхідністю впродовж двох років Ви очолювали кафедру філософії і суспільних дисциплін, а останні понад три роки – кафедру українознавства.

Колектив університету глибоко поважає й щиро шанує Вас як одного з талановитих випускників другого покоління, відомого науковця, досвідченого педагога та вихователя студентської молоді за багаторічну невтомну працю, високий професіоналізм, сумлінне виконання своїх службових і громадських обов'язків. Усім пам'ятна Ваша діяльність як проректора з виховної та національно-патріотичної роботи.

Свідченням високого професіоналізму є Ваша робота в спеціалізованій вченій раді із захисту докторських і кандидатських дисертацій.

Ваші порядність, працелюбність, уважне ставлення до людей, прагнення робити добро заслужують найвищої оцінки і є прикладом для наслідування новими поколіннями студентів, молодих лікарів і викладачів.

Бажаємо Вам, вельмишановна Антоніно Михайлівно, міцного здоров'я, невичерпного творчого натхнення, нових успіхів у Вашій благородній діяльності, добробуту, людського тепла, душевного спокою, родинного благополуччя й затишку, тривалих років радісного та щасливого життя.

Нехай не згасає молодість душі, бадьорий настрій, невичерпний оптимізм, щедро колоситься Ваша життєва нива!

Ректорат ТДМУ  
імені І.Я. Горбачевського

# НАЙКРАЩИЙ МОРФОМЕТРИСТ ТДМУ МИХАЙЛО ГНАТЮК СВЯТКУЄ ЮВІЛЕЙ

**4 жовтня виповнюється 70 років завідувачу кафедри оперативної хірургії з топографічною анатомією ТДМУ, професору Михайлу Степановичу ГНАТЮКУ.**

Вельмишановний Михайле Степановичу!

Сердечно вітаємо Вас з 70-літтям!

Професор Михайло Гнатюк присвятив життя медицині, медичній науці та рідному Тернопільському державному медичному університету імені І.Горбачевського. Михайло Степанович займається дослідженнями гіпертрофії серця при гіпертензіях у великому та малому колах кровообігу, ефективності застосування ентеросорбентів при ураженні печінки, тонкої та товстої кишок, впливу магніто-лазерного опромінення на регенераторні процеси при гепатитах і колітах, структурних змін серця у новонароджених.

Загалом Михайло Гнатюк є автором понад 700 наукових праць, 5 монографій, англomовного навчального посібника з топографічної анатомії та оперативної хірургії, 65 патентів та авторських свідоцтв на винаходи. Заснувавши свою наукову школу, підготував 6 докторів та 15 кандидатів наук. Сьогодні він розповів про те, чому обрав медицину, хто спонукав його займатися науковими дослідженнями.

**— Чому вирішили стати медиком?**

— Мій дід Михайло Шкварко був лікарем. Я його майже не знав, адже він загинув після Першої світової війни. Дідусь закінчив Віденський університет ще в період панування Австро-Угорської імперії. Згодом служив військовим лікарем під час Першої світової війни, а потім був лікарем в Українській Галицькій Армії. Він зник безвісти. Досі родина не знає, що з ним трапилося насправді і де він похований. Про нього мені розповідала бабуся Настя і її розповіді запали в душу. Хоча я його ні разу не бачив, але, ще будучи дитиною, вирішив стати лікарем. Мене і назвали на честь діда Михайла.

**— По суті, все Ваше життя пов'язане з Тернопільським державним медичним університетом...**

— Наш університет, тоді ще інститут, закінчив 1974 року. Прийшовши студентом до цього закладу, так і залишився у

стінах університету. Ви здобули вищу медичну освіту, успішно пройшли 40-літній трудовий шлях аспіранта, асистента кафедри патологічної анатомії, асистента кафедри оперативної хірургії з топографічною анатомією,

завідувача центральної науково-дослідної лабораторії, завідувача кафедри анатомії людини, завіду-

вача кафедри оперативної хірургії з топографічною анатомією.

Колектив університету глибоко поважає й щиро шанує Вас як одного з талановитих випускників першого покоління, відомого науковця, досвідченого педагога та вихователя студентської молоді за багаторічну невтомну працю, високий професіоналізм,



ньому. Мені часом здається, що я тут жив усе життя. Взагалі-то мріяв бути практичним лікарем, зокрема хірургом, а став науковцем і педагогом. Після завершення навчання отримав скерування на роботу лікарем-травматологом до Ковеля. Проте, маючи диплом з відзнакою, був рекомендований до вступу в аспірантуру. Таким чином став аспірантом кафедри патологічної анатомії. Моєю науковою роботою керував професор Анісій Хазанов. Цього викладача й науковця я запам'ятав дуже добре, оскільки під час складання іспиту з патанатомії у нас зав'язалася розмова, після якої він потис мені руку. Проте професор пішов на пенсію і роботу над своєю дисертацією я вже завершував з доцентом Борисом Дубчаком. До речі, йому нещодавно виповнилося 90 років, він досі працює практичним лікарем. Борис Дубчак — високопрофесійний патогістолог, який точно ставив діагнози. Один випадок із його практики мені дуже запам'ятався. Певний час він проводив консультації у протитуберкульозному диспансері. У пацієнта виявили пухлину горла. Борисові Івановичу принесли вірець тканини і він встановив, що в хворого насправді мікоз. Після прийняття відповідних препаратів людина видужала. Тоді я збагнув: вміння правильно поставити

діагноз рятує життя. Я пройшов чималу школу завдяки цим науковцям.

**— На захисті кандидатської Ви не зупинилися й продовжили свої наукові пошуки у докторській дисертації.**

— Коли свою докторську дисертацію писав Роман Вайда, я йому допомагав з морфометрією, зокрема, робив кількісний морфологічний аналіз. Це мене спонукало взятися за власну докторську дисертацію «Закономірності гіпертрофії серця в залежності від типів генодинаміки вегетативної регуляції і типів кровопостачання», яку захистив в інституті морфології Академії наук СРСР в Москві. Можливо, сам собі хотів щось доказати. Водночас знову ж таки отримав нагоду почититися у відомих науковців.

**— Створення авторської наукової школи було планованим чи спонтанним рішенням?**

— Це було суто стихійне явище. Школа сформувалася в процесі того, як займався наукою. Загалом під моїм керівництвом захищено 15 кандидатських дисертацій. Також я був науковим консультантом у шести докторів наук. Серед останніх — професор Аркадій Шульгай, Юрій Сливка, який зараз живе за кордоном, доктор наук, педіатр Галина Павлишин, завідувач кафедри Лідія Котлярченко, яка сьогодні працює в академії

сумлінне виконання своїх службових і громадських обов'язків. Усім пам'ятна Ваша діяльність на посаді декана медфакультету.

Свідченням високого професіоналізму є Ваша робота заступником голови спеціалізованої вченої ради із захисту докторських і кандидатських дисертацій. Ваші порядність, праце-

Міністерства внутрішніх справ (Київ), а також доктор наук, завідувач кафедри українознавства Антоніна Пришляк, завідувач кафедри ортодонтичної стоматології Анатолій Гасюк. Як для морфологічної науки це багато вихованців, адже процес дослідження у цьому напрямку є складним і потребує багато часу та зусиль.

**— Хто вплинув на Ваше формування як науковця?**

— Найбільший вплив мав відомий морфометрист Георгій Автанділов, який тоді працював в інституті вдосконалення лікарів. З ним я вперше зустрівся в Полтаві 1975 року. Саме він підтримував обраний мною шлях в науці. Також вплив мав декан факультету фундаментальної медицини, завідувач кафедри внутрішніх хвороб Харківського національного університету імені В.Кара-



зіна Микола Яблучанський. Потрібно зазначити, що ці величі науки мають ще й математичну освіту, яка допомагла їм більш глибоко осмислити суть морфометричного аналізу

**— Відомо, що Ви пройшли службу у морфлоті. Цей досвід став корисним для Вас?**

— Служив на артилерійському крейсері Балтійського флоту, де екіпаж складав 2000 офіцерів і матросів. Саме там вивчив англійську мову завдяки дружбі з грузином. Його родина з невідомих для мене причин жила певний час у Канаді, а він навчався на географічному факультеті. Із

любність, уважне ставлення до людей, прагнення робити добро заслуговують найвищої оцінки і є прикладом для наслідування новими поколіннями студентів, молодих лікарів і викладачів.

Бажаємо Вам, вельмишановний Михайле Степановичу, доброго здоров'я, невичерпного творчого натхнення, нових успіхів у Вашій благородній діяльності, добробуту, людського тепла, душевного спокою, родинного благополуччя й затишку, активного та щасливого довголіття.

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

студентської лави його призвали на чинну військову службу. Цей грузин вразив мене тим, що читав книги англійською мовою. На кораблі була велика бібліотека, тому я також вирішив спробувати читати книги англійською. Спершу було важко, адже часто доводилося заглядати до словника. Та й мови, як такої, нас не вчили і ми її не чули. Проте ці знання, точніше, чималий словниковий запас, мене нині виручають. До речі, до вихідців із Західної України було погане ставлення, мене навіть обізвали «бандерівцем». З цього приводу дуже обурився й написав скаргу. Якби це трапилося тепер, то дав би дуже гідну відповідь. Знаєте, я настільки люблю медицину, що кожний рік, проведений поза професією, мені здається марно втраченим. Для мене нині важливим є забезпечення

навчального процесу, аби студенти мали хорошу базу для відпрацювання навичок. Завжди радий допомогти своїм учням. Це додає сили та натхнення.

**Яніна ЧАЙКІВСЬКА**

**Колективи морфологічних і хірургічних кафедр, працівники та студенти ТДМУ щиро вітають Михайла Степановича з ювілеєм. Бажають міцного здоров'я, добра, оптимізму, бадьорості, нових успіхів у житті та в науковій і педагогічній діяльності на многії й благії літа.**

**ЦІКАВО**

## СПІТЬ НА ЗДОРОВ'Я

«Не виспався, чи що», — зазвичай кажемо, якщо дитина починає безпричинно вередувати, а дорослий — ні сіно, ні впадо — дратуватись. А скільки треба спати?

З'ясовано, що потреба у сні в

кожної людини різна. Наприклад, новонароджені сплять майже 20 годин на добу, а піврічне немовля — 14. Після чотирьох років малюкам слід спати по 12 годин, а в десять років — не менше 10 годин на добу. Для дітей старшого шкільного віку нормою вважають 8-годинний сон, а для дорослих людей — 7-8-годинний. Але бу-

вають і винятки. Скажімо, Наполеон I спав 4-5 годин на добу, зберігаючи при цьому енергійність та працездатність.

## НЕЗВИЧАЙНІ ВЛАСТИВОСТІ ЦИБУЛІ

Ріпчаста цибуля здатна «очи-

щати» клітини головного мозку та затримувати процес їх старіння, встановили японські учені.

Як з'ясувалося, цибуля містить винятково активні сірчані сполуки, які легко засвоює організм. Потрапляючи в кров, вони справляють найпозитивнішу дію на певні основні зони головного мозку. Так, речовини, що виді-

ляються з цибулі, активізують та омолоджують клітини, які відповідають за пам'ять й емоції.

Торік французькі вчені представили результати дослідження, яке проводили серед жінок північно-східної частини своєї країни. З'ясувалося, що споживання часнику та цибулі знижує захворюваність на рак грудей.



# МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ – МАЙБУТНЄ ДІАГНОСТИКИ ТА БЕЗПЕЧНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

Гіпертонія, інфаркт, бронхіальна астма, цукровий діабет, онкологічні захворювання та багато інших, як стало зрозуміло, «зумовлені» генетично. За допомогою «генетичного» аналізу можна достовірно дізнатися, носієм якого генотипу ви є, і скласти вашу «Генетичну карту здоров'я». Нині, по суті, всі молекулярно-генетичні дослідження базуються на ПЛР-діагностиці.

Принцип методу полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР, Polymerase chain reaction, PCR) розробив Кері Мюлліс (фірма «Cetus», США) 1983 року. Відкриття ПЛР стало однією з найбільш видатних подій у галузі молекулярної біології за останні 20 років. За розробку ПЛР-аналізу К.Мюлліс 1993 р. удостоєний Нобелівської премії в галузі хімії.

Поява методу ПЛР була обумовлена певними досягненнями молекулярної генетики, насамперед розшифрування нуклеотидної послідовності геномів деяких мікроорганізмів. Не можна не сказати, що ПЛР стала можливою завдяки відкриттю унікального ферменту таq-ДНК-полімерази, що міститься у бактерій, які живуть у гейзерах. Особливість цієї полімерази полягає в її винятковій термостійкості (витримує нагрівання до температури кипіння без втрати активності) та високій робочій температурі (оптимум роботи – 72° С). Перша публікація про метод ПЛР з'явилася в листопаді 1985 року в журналі Science.

Точність, простота виконання, неперевершені показники чутливості та специфічності принесли новому методу небувалу популярність. За короткий час ПЛР-аналіз поширився по всьому світу, швидко вийшовши з лабораторій наукових інститутів у сферу практичного клінічного використання.

Наразі запропоновані всілякі модифікації ПЛР, розробляються нові ампліфікаційні технології, засновані на клонуванні як ДНК, так і РНК-фрагментів. З подібних методів, апробованих на клінічному матеріалі, можна назвати лігасну ланцюгову реакцію (ЛЦР, LCR), NASBA (Nucleic Acids Sequence-Based Amplification), метод з використанням QВ-реплікази і ін. В останніх двох методах реакція здійснюється в ізотермічному режимі, і для її проведення не потрібно ампліфікаційного обладнання.

Метод ПЛР ґрунтується на виявленні у матеріалі специфічних фрагментів ДНК (РНК) різноманітних біооб'єктів, їхньому вибірково синтезу до концентрації, за якої їх легко детектувати, і подальшій визначенні продуктів реакції ампліфікації – ампліконів.

ДНК – унікальний носій генетичної інформації у всіх існуючих на Землі організмів, за винятком РНК-вмісних вірусів.

Унікальність ДНК в її здатності подвоюватися після розплітання спіралі та розходження ниток ДНК. Подвоєння ДНК (реплікація) здійснюється (за принципом комплементарності) ензимом – ДНК-полімеразою. Щоб ензим розпочав свою роботу, потрібна наявність початкового дволанцюгового фрагмента ДНК. Такий фрагмент утворюється за взаємодії короткого одноланцюгового фрагмента ДНК, що зветься праймером, з комплементарною ділянкою відповідного ланцюга батьківської ДНК. Реплікація відбувається на двох нитках ДНК, але нарощуються вони в протилежних напрямках. У результаті реплікації з однієї дволанцюгової молекули ДНК утворюється дві дволанцюгові, кожна з яких містить один ланцюг від материнської молекули ДНК та другий, дочірній, – новосинтезований. Звідси випливає, що цикл реплікації ДНК мають три основні стадії: 1) розплітання спіралі ДНК і розходження ланцюгів (денатурацію); 2) приєднання праймерів і 3) добудову дочірнього ланцюга ДНК. У ПЛР вказані процеси здійснюються в пробірці у циклічному режимі. Перехід від однієї стадії реакції до іншої досягається зміною температури інкубованої суміші.

Розробка праймерів для ПЛР є однією з найвідповідальніших ланок у проведенні діагностики. Потрібно підібрати такий фрагмент молекули ДНК, який відрізнявся б генетичною консервативністю і був би присутній лише у досліджуваному гені. При цьому довжина такого фрагмента повинна становити 15-30 нуклеотидів. Проробити цю роботу допомагають спеціальні комп'ютерні програми, що використовують інформацію про нуклеотидну послідовність відомих мікроорганізмів або генів людини. Отримати подібну інформацію можна з міжнародних комп'ютерних банків даних (Gen bank, EMBL) через мережу Internet. Синтез праймера за заданою послідовністю нуклеотидів не є технічно складним і здійснюється в автоматичних синтезаторах.

З основних етапів проведення ПЛР обов'язково слід виділити три: 1) підготовка проби біоматеріалу, тобто виділення ДНК або РНК; 2) власне полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР-ампліфікація) і 3) детекція продукту ПЛР (ампліфікованої нуклеїнової кислоти).

Підготовка проб (виділення ДНК і РНК з біологічного матеріалу). Зразки біооб'єкту спеціально обробляють для перебігу лізису клітин, видалення білкових, полісахаридних і ліпідних компонентів. Для цього використовують різні методи, в тому

числі сорбентний, за яким відбувається сорбція ДНК (РНК) на сорбенті після лізису клітин, багатократної відмивки нуклеїнових кислот (НК) і наступної елюції ДНК (РНК) буферним розчином та ін. У результаті такої обробки отримують розчин, який містить ДНК (РНК) досліджуваного об'єкту. Комплект для виділення ДНК (РНК) вибирається залежно від виду біооб'єкту. Детально методики виділення ДНК (РНК) описані в інструкціях, які додає виробник до комплекту реагентів для виділення НК. Отриманий розчин ДНК можна зберігати протягом тижня за температури 2-8 °С та до року (за температури – 60 °С). Не підлягає зберіганню розчин очищеної РНК. Його необхідно



**Олександра ОЛЕЦУК, доктор меднаук**

відразу ж використовувати у дослідженнях. Проби можна зберігати тільки у вигляді отриманих з допомогою зворотної транскрипції розчинів комплементарної ДНК (кДНК).

Проведення ПЛР-діагностики пов'язано з проблемою, обумовленою високою чутливістю методу, – можливістю контамінації. Попадання в реакційну пробірку залишків ДНК (специфічних продуктів ампліфікації ДНК – амплікон; ДНК-стандарту, використовуваного як позитивний контроль; позитивна ДНК клінічного зразка) приводить до ампліфікації в процесі ПЛР специфічного фрагмента ДНК і, як наслідок – до появи хибнопозитивних результатів.

У процесі роботи можуть зустрітись два види контамінації:

1. перехресна контамінація від проби до проби (в процесі обробки клінічних зразків або при розкрапуванні реакційної суміші), яка призводить до появи спорадичних хибнопозитивних результатів;

2. контамінація продуктами ампліфікації (амплікону), що має найбільше значення, так адже процесі ПЛР амплікони нагромаджуються у величезних кілько-

стях і є ідеальними продуктами для реампліфікації.

Контамінація залишковими кількостями амплікону на посуді, автоматичних піпетках і лабораторному обладнанні, поверхні лабораторних столів або навіть поверхні шкіри співробітників лабораторії призводить до появи систематичних хибнопозитивних результатів.

Необхідно територіально розділити різні стадії проведення аналізу, розміщуючи їх в окремих приміщеннях:

- Пре-ПЛР-приміщення, де проводять обробку клінічних зразків, виділення ДНК, приготування реакційної суміші для ПЛР і постановку ПЛР (за наявності умов два останні етапи рекомендують також проводити в додатковому окремому приміщенні). У цих приміщеннях забороняється проводити всі інші види робіт.

- Пост-ПЛР-приміщення, де проводять детекцію продуктів ампліфікації. В цьому приміщенні допускається використовувати інші методи визначення. Бажано кімнату детекції продуктів ампліфікації розташувати якнайдалі від пре-ПЛР-приміщень.

Робочі приміщення повинні бути обладнані ультрафіолетовими лампами з максимумом випромінювання в 260 нм (типу ДБ-60) з розрахунку 2,5 Вт на 1 м<sup>3</sup>. Лампи повинні бути розташовані так, щоб прямому опроміненню піддавалися поверхні робочих столів, обладнання та матеріали, з якими має контакт оператор під час проведення ПЛР-аналізу. Опромінення необхідно проводити протягом 1 години до початку роботи і протягом 1 години після закінчення роботи.

Роботу слід виконувати в лабораторному одязі, який необхідно змінювати при переході з одного приміщення в інше, і в одноразових рукавичках. Обробку одягу з різних приміщень треба проводити окремо. Бажано, щоб на різних етапах проведення ПЛР-аналізу працювали різні співробітники.

Слід використовувати окремі набори дозаторів, пластикової та скляного посуду, лабораторного обладнання, халатів і рукавичок, призначених для різних стадій аналізу, які не можна переносити з одного приміщення в інше. Обладнання, матеріали та інвентар в кожній кімнаті повинні мати відповідне маркування.

Усі етапи роботи проводити лише з використанням одноразових витратних матеріалів: наконечників для автоматичних піпеток, пробірок, рукавичок і т.д. Обов'язково міняти наконечники при переході від проби до проби. Бажано використовувати наконечники з фільтром – аерозольним бар'єром для запобігання попадання мікрокрапель роз-

чину в піпетку. Використані пробірки та наконечники повинні скидатися у спеціальні контейнери або ємності, що містять дезінфікуючий розчин.

**Сфери застосування ПЛР у медицині**

1. Діагностика інфекційних захворювань

ПЛР використовують для діагностики ВІЛ, вірусних гепатитів, герпетичної інфекції, цитомегаловірусу, вірусу Епштейна-Барр, папіломавірусної інфекції, хламідіозної, мікоплазменної і хелікобактерної інфекції та ін. Основними перевагами ПЛР як методу діагностики інфекційних захворювань є його висока специфічність і чутливість, пряме визначення наявності збудника, висока швидкість отримання результату, можливість діагностики не тільки гострих, а й латентних інфекцій.

Застосування ПЛР для діагностики туберкульозу дозволяє в короткі терміни (до 48 годин) виявити мікобактерії в будь-якому біологічному матеріалі. Аналітична чутливість комерційних тест-систем дозволяє ідентифікувати поодинокі колонії (до 10 клітин). Це особливо важливо, тому що мікобактерії відрізняються уповільненим ростом при культивуванні на поживних середовищах.

2. Онкологічні захворювання

ПЛР є найбільш прийнятним способом точно і швидко визначати аномальну ДНК. Висока чутливість методу дає змогу визначити аномальну ДНК в мізерно малих кількостях, що дозволяє виявляти неопластичні клітини на доклінічній стадії пухлинного процесу. До основних напрямків використання ПЛР в онкологічній патології належать: ДНК-діагностика спадкових форм раку; ДНК-діагностика спорадичних форм раку; визначення мікрометастазів; ДНК-діагностика біологічних канцерогенів (HPV 16-го і 18-го типів, ВЕВ-інфекції, HBV і HCV, ретровіруси тощо); доклінічну діагностику пухлин (визначення протоонкогенів і антионкогенів); прогноз захворювання, успішності призначеної терапії, ефективності проведеного лікування на основі діагностики функціональної активності онкогенів; дослідження «архівних» біопатів зі встановленим клініко-гістологічним діагнозом.

3. Трансплантологія

Сучасна трансплантаційна хірургія неможлива без використання методу ПЛР, який гарантовано показує ступінь тотожності гомотрансплантатів за антигенами головного комплексу гістосумісності (HLA) класу I і II, відповідальних за реакцію відторгнення. Використовуючи ПЛР для зіставлення генетичної сумісності донора та реципієнта, результати дослідження можна отримати в максимально короткий час.

4. Судово-медична практика

За останні кілька років метод ПЛР став основним методом експертної оцінки. Для досліджень можуть використовувати висушені плями крові, обривки або шматочки органічної тканини (наприклад, кісткової), змиви з носоглотки, зіскрібки з слизової геніталій, і, що найдивніше, фіксовані гістологічні препарати.

**(Продовження на стор. 12)**

# СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЛІКУВАННЯ ЦИРОЗІВ ПЕЧІНКИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

**46 конгрес Європейської асоціації з вивчення печінки (EASL) відбувся нещодавно у Лондоні (Великобританія). Щорічно у цьому заході беруть участь понад 7500 відомих вчених і клініцистів з усього світу для ознайомлення з останніми досягненнями у лікуванні та діагностиці недуг печінки. Цьогорічний форум присвятили найбільш актуальним питанням сучасної гепатології, зокрема, – цирозам печінки вірусної етіології. Тернопільський медичний університет ім.І. Горбачевського на конгресі представляв завідувач кафедри клінічної імунології, алергології та загального догляду за хворими, професор Ігор Ярославович Господарський.**

**– Ігоре Ярославовичу, ви часто буваєте на подібних наукових форумах, присвячених сфері гепатології, а які враження склалися цього разу?**

– Приємним сюрпризом здивували всіх учасників ще на початку роботи форуму – кожному з присутніх вручили флеш-карту, яка виготовлена у вигляді невеличкої фігурки лікаря. Втім, це не головна принадність цієї новинки науки й техніки – такий модернізований прилад, який англійською називають «roking», може зчитувати будь-яку незахищену інформацію на відстані. Приміром, ви проходитье біля стендової доповіді чи стенду якоїсь фармацевтичної компанії й маєте намір занотувати цікаву для вас інформацію, торкаєтеся флеш-картою до написів на стенді – і вони автоматично потрапляють на ваш пристрій. Під час зустрічі з науковцем чи практичним лікарем, з яким бажаєте у майбутньому продовжити знайомство, у вас немає необхідності у візитівці. Варто лише доторкнутися своїми покен-картами під час рукоштовання, і усі дані опиняться у вашому електронному довіднику на флеш-карті, а згодом – на комп'ютері та айфоні. Подібні пристрої ще донедавна використовували у промисловому шпигунстві для зчитування інформації із «незахищених» комп'ютерів та ноутбуків, а зараз вони значно полегшують спілкування та обмін інформацією під час наукових конгресів.

**– Які теми були фаворитами обговорення під час конгресу?**

– Взагалі конгрес присвятили найбільш актуальним питанням гепатології, насамперед – цирозам печінки вірусної етіології. Доктор медичних наук, кері-

вник ради директорів Європейської асоціації з вивчення захворювань печінки (EASL), професор Міланського університету Алессіо Агемо представив науковій аудиторії дослідження, які базуються на застосуванні нових схем лікування цирозу та гепатиту в інфікованих вірусом С пацієнтів. Зокрема, він розтлумачив, як представлені у дослідженнях нові схеми, можуть принести користь пацієнтам: «У нас є наймовірні за ефективністю варіанти лікування пацієнтів з цирозом, зумовленим вірусом з генотипом 1, які можуть досягати 90% ефективності навіть при субкомпенсованому перебігу хвороби. Загалом, я б сказав, що медицина може зробити майбутнє світлим для майже всіх наших пацієнтів».

Тим часом навіть у розвинених країнах проблема вірусних гепатитів залишається надзвичайно актуальною – у десятки разів актуальнішою ніж, скажімо, ВІЛ-інфекція. На форумі були оприлюднені результати масштабного епідеміологічного дослідження, яке фінансує Фонд Біла і Мелінди Гейтс та за співучасті Інституту здоров'я метрики й оцінки (IHME) при Університеті Вашингтона. В ЄС у 2010 року було у понад 10 разів більше випадків смерті від вірусних гепатитів, ніж ВІЛ-пов'язаних смертей. Вірус гепатиту С (ВГС) і вірус гепатиту В (ВНВ), за оцінками науковців, стали причиною майже 90 тисяч смертей 2010 року (НСV майже 57000 смертей, ВГВ майже 31000 смертей) в ЄС, водночас – лише трохи більше 8000 випадків смерті від ВІЛ / СНІДу.

Велику зацікавленість та жваві дискусії викликали багатофакторні математичні епідеміологічні моделі поширення НСV-інфекції у різних популяціях за умови існуючого лікування та при застосуванні новітніх противірусних препаратів. Одним з провідних чинників інфікування на Заході і в нас залишається доведенне вживання наркотиків. Кілька дослідницьких груп розробляли моделі впливу сучасних методів лікування гепатиту С на процес поширення НСV серед людей, що вживають ін'єкційні наркотики, де рівень передачі й надалі є високим за розмаїтих ситуацій. Вживання ін'єкційних наркотиків є важливим вектором для передачі ВГС, адже обмін голками та іншим ін'єкційним інструментарієм є високонебезпечним фактором передачі вірусу від однієї людини до іншої. ВГС може вижити протягом декількох тижнів у

мікроскопічних частинках засохлої крові в голці, шприці та іншому приладді, яке використовували для приготування наркотика для ін'єкційних споживачів. Дослідники розробили кілька одночасних математичних моделей для імітації швидкості передачі ВГС серед 10000 споживачів ін'єкційних наркотиків у Франції протягом 10 років. Поширеність ВГС і початку дослідження була 43 відсотка. Вони змоделювали вплив на поширеність ВГС та захворюваність на основі різних профілактичних і лікувальних сценаріїв, а також – при врахуванні частоти інфікування у різних середовищах довірених споживачів наркотиків, вищої частоти хронізації, низького комплаєнсу щодо лікування. При цьому критичним чинником прогнозу стала саме ефективність різних схем лікування. Отож фран-



**Ігор ГОСПОДАРСЬКИЙ, професор ТДМУ**

цузькі дослідники довели, що навіть у такому «несприятливому» епідеміологічно-популяційному середовищі застосування нових безінтерферонових схем терапії дасть змогу цілковито розв'язати проблему гепатиту С. Саме у Лондоні й була озвучена концепція «Світ без гепатиту С», яка викликала чимало поживалених дискусій як серед відомих вчених, так і поміж молодих дослідників і практикуючих лікарів з різних країн.

**– Ще одна проблема, над якою ламають голови усі гепатологи світу – побічні ефекти медикаментозної терапії гепатиту С. Цікаво, чи були на форумі повідомлення, присвячені саме цим аспектам?**

– Надзвичайно багато представили на форумі нових матеріалів щодо тактики ведення пацієнтів з метою запобігання та лікування побічних і небажаних ефектів. Не є таємницею, що сучасні противірусні та імунотропні препарати так чи інакше, але справляють побічний вплив на печінку, систему кро-

вотворення, щитоподібну залозу, не виняток й імунна система, маю на увазі загальний імунізуючий вплив. І якщо сім чи десять років тому з цими побічними ефектами було дуже важко впоратися, то останніми роками гепатологам дещо всетаки вдалося у лікуванні та профілактиці небажаної дії противірусних препаратів. Чому так загострю на цьому увагу? Насамперед тому, що медикаментозна терапія гепатиту С надто дороговартісна. Коли пацієнт розпочинає таке лікування незалежно від того, хто оплачує ліки – він сам, держава, чи страхова компанія, важливо його ще й ефективно завершити. І якщо з'являються побічні ефекти, це може призвести до припинення лікування, або ж пацієнт змушений робити перерву чи переходити на нижчі, менші дози противірусних препаратів. Всі ці ситуації збільшують ймовірність того, що не вдасться цілком знищити вірус. Ясна річ, і сам пацієнт, і державні фонди чи фонди страхових компаній, що виділяють гроші на лікування, зацікавлені в тому, щоб лікування відбувалося без побічної дії або ж мінімальною кількістю побічних ефектів, аби в результаті було досягнуто повне вірусологічне видужання. Власне, такі сучасні підходи до корекції побічних ефектів не менш важливі, ніж, скажімо, правильний підбір дози, чи правильне поєднання противірусних засобів. Ми часто спостерігаємо випадки перебігу хронічного гепатиту С, коли є більш сприятливе співвідношення генотипу

організму господаря та якості роботи його імунної системи, тобто такі генетичні варіанти вірусу, які легше піддаються лікуванню, за менш запущених змін у печінці, відсутності супутньої патології такої, як цукровий діабет, серйозні порушення обміну речовин, ураження щитоподібної залози. У таких випадках достатньо старих, на практиці перевірених двокомпонентних схем лікування.

Є такі випадки, коли протистояння хворого організму та вірусу складається на користь хворого й зрозуміло, що старих схем лікування не достатньо, тоді використовують нові схеми лікування, і пацієнт отримує сучасні противірусні препарати.

**– Які ще дослідження оприлюднили ваші західні колеги? Чи представляли на конгресі власні результати українські вчені?**

– Хочу наголосити, що багато було на форумі цікавих повідомлень, присвячених, скажімо, експериментальним гепа-

тологічним дослідженням. Хоча саме ці презентації наглядно демонструють, наскільки ми відстали від Європи щодо методології проведення деяких медичних вислідів. До прикладу, вони мають можливість проводити медичні дослідження на генетично модифікованих щурах, яким від народження «заблокували» один чи декілька генів, що відповідають за певні особливості обміну речовин чи певні ферменти. Це так званий генетичний нокаут, коли на такому типі тварин із заблокованими генами випробовують дію певних токсинів, ліків. Йдеться не лише про експериментальні, але й про імуногенетичні дослідження. Щоправда, насправді це надзвичайно фінансовістка галузь сучасної експериментально-клінічної медицини і, ясна річ, вітчизняна гепатологія позбавлена таких можливостей. Але можна знайти ту нішу, де ми можемо бути майже на рівні із Заходом, приміром, клінічні дослідження. Тому йдучи на таку науково-клінічну асоціацію з нашими іноземними колегами, нам треба не пробувати охопити щонайбільше, а, на мій погляд, ставити наголос на клінічних напрямках, де у нас менше відставання і які не настільки затратні та матеріаломісткі. Наздогнати європейських вчених у генетичних дослідженнях, звісно, для нашої країни у нинішні часи неможливо, бо це вимагає нереальних мільйонних інвестицій. Втім, є напрями, де ми відстали менше, приміром використання та випробування нових ліків, клінічні дослідження, застосування нових схем поєднання ліків, популяційні дослідження, неінфекційна епідеміологія. Це і є ті сфери, де можемо проводити дослідження на рівні із західними фахівцями. В умовах наших медичних закладів чи наукових центрів, вважаю, це цілком реальним. До прикладу візьмімо розробку та дослідження професора ТДМУ, заслуженого діяча науки і техніки України Володимира Бігуняка щодо використання ліофілізованого препарату, виготовленого з печінки свині. Застосування такого медичного продукту відкриває нові можливості для лікування деяких захворювань печінки, до того ж у нього кардинально інший «принцип дії», ніж, скажімо, у тих препаратів, які нам відомі. Нині маємо тільки експериментальні дані, але результати надзвичайно обнадійливі. Можливо, такий ефект спостерігається через високий вміст певних мікроелементів у цьому препараті, вплив стимулюючих факторів, факторів росту, але це принципово інші механізми впливу, ніж у досі відомих ліків. Ці дослідження дозволять змінити стратегію лікування деяких захворювань печінки, передусім тих, що викликані порушеннями обміну речовин внаслідок серйозних хронічних захворювань, як-от цукровий діабет, серцево-судинні захворювання.

**ЮВІЛЕЙ**

**22 вересня відзначила ювілейний день народження завідувач кафедри педіатрії № 2 ТДМУ професор Галина Андріївна ПАВЛИШИН.**

Вельмишановна Галино Андріївно!

Сердечно вітаємо Вас з ювілейним днем народження!

У стінах університету Ви здобули вищу медичну освіту й успішно пройшли 22-літній трудовий шлях від клінічного ординатора до професора кафедри педіатрії з дитячою хірургією медичного факультету, а останні п'ять років – завідувача кафедри педіатрії № 2 факультету іноземних студентів з викладанням дисциплін англійською мовою.

Коллектив університету глибоко поважає й щиро шанує Вас як одного з талановитих випускників другого покоління, відомого в Україні науковця, висококваліфікованого клініциста-педіатра, досвідченого педагога та вихователя студентської молоді за багаторічну невтомну працю, високий професіоналізм,



вагомий внесок у реформування навчального процесу відповідно до європейського стандартів, сумлінне виконання своїх службових і громадських обов'язків.

Свідченням високого професіоналізму є Ваша робота в спеціалізованій вченій раді із захисту докторських і кандидатських дисертацій.

Ваші порядність, працелюбність, уважне ставлення до людей, прагнення робити добро заслуговують найвищої оцінки і є прикладом для наслідування новими поколіннями студентів, молодих лікарів і викладачів.

Бажаємо Вам, вельмишановна Галино Андріївно, міцного здоров'я, невичерпного творчого натхнення, нових успіхів у

Вашій благородній діяльності, добробуту, людського тепла, душевного спокою, родинного благополуччя й затишку, тривалих років радісного та щасливого життя.

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

**29 вересня виповнюється 50 років завідувачу кафедри медицини катастроф і військової медицини ТДМУ професору Арсену Арсеновичу ГУДИМІ.**

Вельмишановний Арсене Арсеновичу!

Сердечно вітаємо Вас з 50-літтям!

У стінах університету Ви здобули вищу медичну освіту й успішно пройшли 27-літній трудовий шлях: спочатку старшого лаборанта, аспіранта, асистента, а згодом – старшого викладача кафедри нормальної фізіології, старшого наукового співробітника Центральної науково-дослідної лабораторії; впродовж чотирьох років очолювали кафедру медичної інформатики з курсом фізики, а останні понад 12 років – кафедру екстремальної та військової медицини, тепер – кафедру медицини катастроф та військової медицини.

Коллектив університету глибоко поважає й щиро шанує Вас як одного з талановитих випускників другого покоління,

відомого в Україні науковця, висококваліфікованого спеціаліста з екстремальної та військової медицини, 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 наслідування новими поколіннями студентів, молодих лікарів і викладачів.

Бажаємо Вам, вельмишановний Арсене Арсеновичу, міцного здоров'я, невичерпного творчого натхнення, нових

успіхів у Вашій благородній діяльності, добробуту, людського тепла, душевного спокою, родинного благополуччя й затишку, тривалих років радісного та щасливого життя.

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



**АКЦІЯ**

# СТУДЕНТИ ФОТОГРАФУВАЛИ ПАТРІОТІВ НАШОГО МІСТА

Упродовж тижня (15-21 вересня) в Тернополі поблизу пам'ятника Іванові Франку тривала акція «Фото патріота», яку в нашому місті ініціювали студенти Тернопільського державного медичного університету імені І.Горбачевського. Молодим людям вдалося за цей час зібрати 17955 гривень. За ці гроші студенти планують закупити необхідні речі для батальйону «ОУН» і відвезти придбане на передову. Щодо акції, то у ній могли взяти участь усі бажаючі. За символічний благодійний внесок у розмірі 10 гривень тернополяни отримували якісні патріотичні світлини.

– Проект «Фото патріота» ініціювали у Луцьку місцеві фотографи. Цей почин підтримала громадська організація «Спіль-

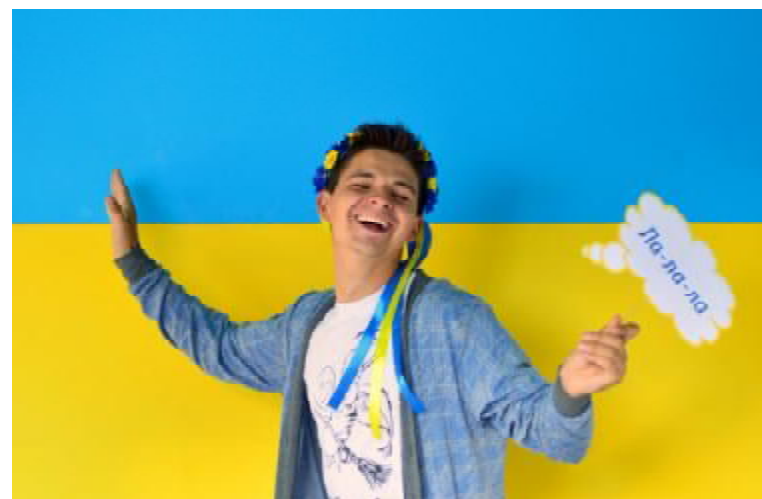
ка власників зброї Волині». Старт акції відбувся 28 липня. Ідея сподобалася громадським активістам Львова, Івано-Франківська, Рівного, Чернівців, Києва.

«Ми вирішили об'єднати зусилля представників двох навчальних закладів і показати приклад того, що українці вміють бути єдиними. Відтак щодня світлини тернополян ми розміщу-

вали в соцмережах, тому кожен учасник акції міг взяти собі звітні світлини, – розповів один з організаторів і член Студентської ради ТДМУ Богдан Куліковський.

Оргкомітет очікує від добровольців батальйону «ОУН» перелік необхідних речей. Зазначимо, що в цьому підрозділі службу проходять і вихідці з нашого краю. Загалом сто осіб батальйону перебуває зараз на передовій, а понад тисячу проходить вишкіл і готові боронити країну від ворога.

– До нас щодня підходили люди різного віку – від наймолодших школярів до пенсіонерів. Найактивнішими, звичайно, були студенти. Найбільше запам'яталося літне подружжя, яке дуже тепло відгукнулося про акцію,



Тернопіль і Україну загалом. Підтримати акцію, а відповідно й бійців в зоні АТО, приходили громадські діячі міста, викладачі університетів, депутати... Всі отримали багато позитивних вражень, – додав Богдан Куліковський.

Щовечора організатори відкривали скриньку з грошима в присутності фотографа та останнього клієнта. Вони складали протокол, присутні перевіряли занесені дані й завіряли їх своїми підписами. Того ж вечора фотокопію звіту організатори розміщували у соцмережах.

**Прес-служба ТДМУ  
імені І.Я. Горбачевського**

