

МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

№ 3 (356)
ГАЗЕТА ЗАСНОВАНА 1997 РОКУ
8 лютого 2014 року



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 ФАКУЛЬТЕТУ:

— завідувача кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою — 1 посада;

— завідувача кафедри медичної біохімії — 1 посада;

Вимоги до претендентів: наявність наукового ступеня доктора медичних наук, вченого звання професора, стаж науково-педагогічної роботи — не менше десяти років.

— професора кафедри хірургії № 1 — 1 посада.

Вимоги до претендентів: наявність наукового ступеня доктора медичних наук, вченого звання професора, стаж науково-педагогічної роботи — не менше восьми років.

НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ:

— завідувача кафедри ортопедичної стоматології — 1 посада.

Вимоги до претендентів: наявність наукового ступеня доктора медичних наук, вченого звання доцента або професора, стаж науково-педагогічної роботи — не менше восьми років.

— доцента кафедри терапевтичної стоматології — 1 посада;

— доцента кафедри ортопедичної стоматології — 1 посада;

— доцента кафедри хірургічної стоматології — 1 посада.

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

НА ФАКУЛЬТЕТІ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ:

— завідувача кафедри загального догляду за хворими — 1 посада.

Вимоги до претендентів: наявність наукового ступеня доктора медичних наук, вченого звання професора, стаж науково-педагогічної роботи — не менше десяти років.

Термін подачі документів — один місяць з дня оголошення.

Звертатися:

46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1, відділ кадрів, тел. 52-14-64.

ВІДМІННИКИ НАВЧАННЯ



Інна ПРОЦЮК – студентка 6 курсу медичного факультету

Стор. 9

У ВІНОК ШЕВЧЕНКУ

КОБЗАР

«Кобзар», мов Біблія для нас,
Немов свята ікона в хаті.
Із нього линуть повсякчас
Думки величні та крилаті.
У віршах — крик душі і плач,
І клич: візьміться за обуха.
Не знав би люд отих невдач,
Коли б він генія послухав.
Шевченко — вчитель, батько наш,
Любові й правди дав уроки.
Звучать у душах «Отче наш»
Й «Реве та стогне Дніпр широкий».

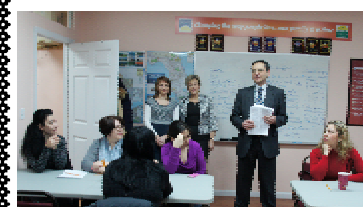
Хоча завмер Твій в часі крок
Й не молишся вже до ікони,
Та сходить Дух Твій із книжок
І досі б'є в духовні дзвони.
В часи радощів й біди
Йдемо до Тебе на пораду,
Даруєш мудрості плоди
З свого нев'янучого саду,
Що виріс із віршів, думок,
Яких, мов квітами, засіяв...
Твоя душа поміж зірок,
Там, де й, мабуть, Свята Марія.

Валерій ДІДУХ,
доцент медуніверситету

У НОМЕРІ

Стор. 3

ДЕРЖАВНА АТЕСТАЦІЯ БАКАЛАВРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА» ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ У М. НЬЮ-ЙОРК (США)



З 17 до 23 січня ми, як члени Державної екза-

менаційної комісії ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського, проводили державну атестацію випускників дистанційної форми навчання з числа іноземних студентів спеціальності 6.120101 «Сестринська справа», освітньо-кваліфікаційного рівня – бакалавр. Ідентифікація студентів та державні іспити відбувалися в Нью-Йорку (США), у локальному центрі компанії «International Career Consulting, Inc.», з якою наш університет уклав угоду щодо спільної діяльності з дистанційної підготовки дипломованих спеціалістів за спеціальністю «Сестринська справа».

Стор. 14

«АБЕТКА ЗДОРОВ'Я» – ПУТІВНИК У СФЕРІ ДІЄТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ

Гарною звісткою наприкінці минулого року порадували медиків



і всіх прихильників здорового харчування науковці Тернопільського медичного університету. Їх спільний з фахівцями НВ ТОВ «Житомирбіопродукт» інтелектуальний здобуток «Абетка здоров'я» перемогла у Всеукраїнському конкурсі якості продукції «100 кращих товарів України». Варто зазначити, що «Абетка здоров'я» – це програма корекції харчування за допомогою харчових продуктів спеціального дієтичного призначення.

ПРО ПОЛІПШЕННЯ ПІДГОТОВКИ ДО СКЛАДАННЯ ЛІЦЕНЗІЙНИХ ІСПИТІВ «КРОК»

Систему ліцензійних інтегрованих іспитів для студентів, які навчаються за спеціальностями напрямів підготовки «Медицина» та «Фармація», й лікарів (провізорів), які проходять первинну спеціалізацію (інтернатуру), у вищих закладах освіти, незалежно від їх підпорядкування, впровадили відповідно до педагогічного експерименту, започаткованого наказом МОЗ України № 396 від 31.12.1996 року. Після прийняття наказу МОЗ України № 251 від 14.08.1998 року «Про затвердження Положення про систему ліцензійних інтегрованих іспитів фахівців з вищою освітою напрямків «Медицина» і «Фармація» стала комплексом засобів стандартизованої діагностики рівня професійної компетентності студентів та складовою частиною їх державної атестації.

До ліцензійного інтегрованого іспиту входять один, два або три окремі тестові екзамени відповідно до вимог підготовки фахівців за освітньо-кваліфікаційними рівнями. Зміст тестових екзаменів ліцензійного інтегрованого іспиту затверджує щорічно Міністерство охорони здоров'я України та повинен відповідати освітньо-професійним програмам, які затверджує Міністерство освіти України. Метою ліцензійного інтегрованого іспиту є встановлення відповідності рівня професійної компетентності випускника (інтерна) мінімально необхідному рівню згідно з вимогами державних стандартів вищої освіти. Професійна компетентність діагностується як уміння застосовувати знання й розуміння фундаментальних біомедичних наук та основних медичних (фармацевтичних) дисциплін, які є найважливішими для забезпечення допомоги хворому під наглядом більш досвідченого лікаря (провізора). Головну увагу приділяють підтриманню здоров'я, профілактиці захворювань та організації медичної допомоги.

Задля підняття професійного рівня випускників, які навчаються за спеціальностями напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація», на підставі аналізу результатів тестових екзаменів минулих років та за допомогою експертних методик, упродовж періоду їх проведення періодично відбувалося зростання показника абсолютної величини критеріїв ліцензійних інтегрованих іспитів «склав».

Зокрема, відповідно до наказу МОЗ України від 29.01.2013 року № 62 «Про впровадження Протокольного рішення наради ректорів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України і від 15 січня 2013 року» щодо визначення 2014 року показника успішного складання ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок-1», «Крок-2», «Крок-3», «Крок М» та «Крок Б»; наказу МОЗ України від 14.08.1998 № 251 «Про затвердження Положення про систему ліцензійних інтегрованих іспитів фахівців з вищою освітою напрямків «Медицина» і «Фармація», зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 11.09.1998 за № 563/3003 та погодженого з МОЗ України; наказу МОЗ України від 31.01.2005 № 53 «Про затвердження Положення про організацію та порядок проведення державної атестації студентів, які навчаються у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації за напрямом підготовки «Медицина», зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 17.02.2005 за № 244/10524, встановила такі абсолютні величини критеріїв ліцензійних інтегрованих іспитів «склав»:

- Крок-1. Загальна лікарська підготовка» (для спеціальностей «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа», «Медична психологія») – 60,5% правильних відповідей;

- «Крок-1. Стоматологія» – 60,5% правильних відповідей;
- «Крок-1. Фармація» (для спеціальностей «Фармація», «Клінічна фармація», «Технологія парфумерно-косметичних засобів») – 60,5% правильних відповідей;
- «Крок-2. Загальна лікарська підготовка» – 50,5% правильних відповідей;
- «Крок-2. Медична психологія» – 50,5% правильних відповідей;
- «Крок-2. Стоматологія» – 50,5% правильних відповідей;
- «Крок-2. Фармація» – 50,5% правильних відповідей;
- «Крок-3. Загальна лікарська підготовка» – 60,5% правильних відповідей;
- «Крок-3. Стоматологія» – 60,5% правильних відповідей;
- «Крок М. Сестринська справа, лікувальна справа, акушерська справа, медико-профілактична справа» – 50,5% правильних відповідей;
- «Крок Б, Сестринська справа» – 50,5% правильних відповідей.

За результатами нескладання ліцензійних інтегрованих іспитів до студентів (інтернів) застосовують такі заходи:

- 1) Усім студентам, які отримали на тестових екзаменах «Крок-1» результат «не склав», дозволяють повторне складання екзамену «Крок-1» не більше двох разів до найближчої сесії у терміни, затвержені МОЗ України. У разі неперескладання екзамену «Крок-1» студента не допускають до наступної екзаменаційної сесії та відрховують з вищого навчального закладу як такого, який не виконав навчальний план.

- 2) Усіх студентів, які отримали на тестовому екзамені «Крок-2» результат «не склав», допускають до складання державних випускних іспитів. Ці студенти не отримують сертифікат ліцензійних іспитів, вважаються такими,

що не пройшли державну атестацію, і не отримують диплом про закінчення вищого навчального закладу.

- 3) Лікарів-інтернів, які одержали на тестовому екзамені «Крок-3» результат «не склав», не допускають до інших етапів атестації. Ці інтерни не отримують сертифікат ліцензійних іспитів і не отримують сертифікат лікаря-спеціаліста. Такі інтерни можуть повторно скласти екзамен «Крок-3» у будь-який наступний термін його проведення.

- 4) Студентів, які одержали на тестовому екзамені «Крок М» або «Крок Б» результат «не склав», допускають до інших етапів атестації. Ці студенти не отримують сертифікат ліцензійних іспитів, вважаються такими, які не пройшли державну атестацію, і не отримують диплом про закінчення вищого навчального закладу. Такі студенти можуть повторно скласти екзамен «Крок М» або «Крок Б» не раніше, ніж через рік протягом трьох років.

Тому задля підвищення якості професійної підготовки лікарів (провізорів), що є стратегічним напрямом розвитку сфери охорони здоров'я України, в нашому університеті вжили відповідних заходів щодо забезпечення більш високого рівня «виживання знань» і належної підготовки студентів до складання ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок»:

- піднято прохідний бал складання ОСКІ та ОСПІ з 58,3 % (7 правильних відповідей) до 66,6 % (8 правильних відповідей) на 12 питань;

- збільшено відсоток правильних відповідей під час складання щоденного тестового контролю знань студентів за програмою «Moodle» з 54,2 % (13 правильних відповідей) до 62,5 % (15 правильних відповідей) на 24 питання;

- збільшено відсоток правильних відповідей під час складан-

ня семестрового тестового контролю знань студентів з 54,2 % (13 правильних відповідей) до 62,5 % (15 правильних відповідей) на 24 питання;

- запроваджено з весняного семестру 2013/2014 н.р. нову схему оцінювання практичного заняття, якщо студент склав дистанційний контроль знань за програмою Moodle;

- П – 12-бальна оцінка за практичну частину заняття;

- С – 12-бальна оцінка за семінарську частину заняття;

- Т – 12-бальна оцінка за тестовий контроль знань (Moodle);

- О – загальна оцінка за заняття.

Загальна оцінка О за практичне заняття розраховується за формулою:

$$O = 0.48 * P + 0.48 * C + 0.04 * T$$

або ж $O = (P + C) * 0.48 + T * 0.04$

– розроблено комплекс заходів щодо поліпшення підготовки до ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок», що включає проведення консультацій зі студентами за субтемами відповідного ліцензійного іспиту «Крок» провідними викладачами профільних кафедр, проведення ректорських контрольних робіт, визначення за їх результатами студентів з «групи ризику», проведення додаткових занять із зазначеною категорією студентів. При підготовці до ліцензійного іспиту «Крок» на кожному занятті зобов'язано використовувати базу тестових завдань центру тестування МОЗ України із застосуванням тестової програми «Moodle».

Бажаємо всім студентам та інтернам належно підготуватися та успішно скласти ліцензійні інтегровані іспити!

Ігор МИСУЛА,
перший проректор ТДМУ,
професор,
Григорій ЗАГРИЧУК,
начальник навчального
відділу, доцент

ОБ'ЄКТИВ



Аиук Генрі Екбе, студент медичного факультету (ліворуч);
Марія КЛЕМАНЬ, студентка фармацевтичного факультету (праворуч)

Фото Павла БАЛЮХА



Редактор **Г. ШИБАЛИНЧУК**
Творчий колектив: **Л. ЛУКАЩУК,**
О. БУСЬКА,
П. БАЛЮХ
Комп'ютерний набір і верстка:
Р. ГУМЕНЮК

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

Засновники:
Тернопільський
держмедуніверситет
ім. І.Я. Горбачевського,
голове 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
держмедуніверситеті
ім. І.Я. Горбачевського.
46001, м. Тернопіль,
майдан Волі, 1.

ДЕРЖАВНА АТЕСТАЦІЯ БАКАЛАВРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА» ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ У М. НЬЮ-ЙОРК (США)

З 17 до 23 січня ми, як члени Державної екзаменаційної комісії ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського, проводили державну атестацію випускників дистанційної форми навчання з числа іноземних студентів спеціальності 6.120101 «Сестринська справа», освітньо-кваліфікаційного рівня – бакалавр. Ідентифікація студентів та державні іспити відбувалися в Нью-Йорку (США), у локальному центрі компанії «International Career Consulting, Inc.», з якою наш університет уклав угоду щодо спільної діяльності з дистанційної підготовки дипломованих спеціалістів за спеціальністю «Сестринська справа».

З часу впровадження в ННІ медсестринства Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського дистанційної форми навчання відбулося вже шість випусків медсестер-бакалаврів з числа іноземних студентів. Загалом цю форму навчання закінчили 226 іноземних студентів-бакалаврів медсестринства і 4 іноземних студенти – магістри медсестринства (з них 215 – громадяни США і 15 – громадяни Канади).



Інструктаж студентів перед теоретичною частиною екзамену

Так, у червні 2011 року здійснено перший випуск бакалаврів медсестринства дистанційної форми навчання. Це – 26 іноземних студентів (громадяни США та Канади). Всі дипломи громадян США протягом трьох місяців визнали провідні евалюаційні агенції NACES (Національна асоціація з акредитації і евалюації дипломів) в США.

Другий випуск медсестер-бакалаврів нараховував 15 студентів із США. Всі випускники успішно підтвердили свої дипломи агенствами-членами NACES.

У травні 2012 р. було вручено дипломи 49 іноземним медсестрам-бакалаврам.

Демонстрація катетеризації сечового міхура катетером Фолея



У січні 2013 року відбувся четвертий випуск медичних сестер-бакалаврів. Успішно склали державні іспити 26 студентів-іноземців (громадян США та Канади).

У червні 2013 року відбувся п'ятий випуск студентів дистанційної форми навчання: 67 іноземних студентів склали комплексний державний тестовий іспит та 4 іноземних студенти захищали свої наукові роботи. Захист магістерських робіт магістрантів-іноземців відбувся у режимі реального часу з використанням відеозв'язку з допомогою програми Lync з метою додаткової ідентифікації студентів.

У січні 2014 року ще 43 бакалаври медсестринства з числа іноземних студентів успішно склали державну атестацію.

По суті, всі дипломи випускників дистанційної форми навчання визнали провідні евалюаційні агенства, які входять до національні асоціації з акредитації та евалюації дипломів у

стві у внутрішній медицині», «Клінічного медсестринства в хірургії», «Клінічного медсестринства в педіатрії» й «Основ охорони праці» та ситуаційну задачу, а саме – постановку медсестринського діагнозу, вирішення алгоритму дій медсестри в конкретній клінічній ситуації, а також проведення медсестринських маніпуляцій на фантомах і «пацієнтах».

Загалом студенти показали добрий рівень знань та умінь. За результатами іспитів 18 бакалаврів медсестринства отримали оцінку «відмінно», 25 – «добре». Потрібно зазначити, що всі студенти, які склали іспит, є практикуючими медсестрами в шпиталях США. Як правило, найкращі знання, особливо на практичній частині іспиту, вони демонстрували саме з тих розділів медсестринства, з якими найбільше пов'язана їхня професійна діяльність.

Після складання іспиту представники студентів сказали, що задоволені високим рівнем навчання в Тернопільському державному медичному університеті та подякували за це керівництву університету й усім викладачам. Частина студентів виявили бажання продовжити навчання за магістерською програмою.

Під час поїздки було також налагоджено зв'язки та обговорено умови співпраці між компанією «Extra Credit International LLC» та Тернопільським державним медичним університетом імені І.Я. Горбачевського щодо залучення на дистанційну форму навчання медсестер бакалаврів і магістрів з Китаю.

21 січня відбулася зустріч делегації ТДМУ з представниками евалюаційної компанії «Globe», яка займається оцінкою закордонної освіти та визнанням дипломів, отриманих за кордоном. Ця компанія є членом Асоціації

міжнародних викладачів (NAFSA), Європейської асоціації міжнародної освіти (EAIE) та Асоціації міжнародних фахівців з оцінки міжнародної освіти (AICE). Під час зустрічі презентували Тернопільський державний медичний університет та дистанційну програму ННІ медсестринства. Працівники евалюаційної компанії ставили запитання щодо акредитації програми, за якою навчаються студенти дистанційної форми навчання, змісту навчального плану, особливостей організації навчального процесу дистанційної форми навчання. На свої запитання фахівці компанії «Globe» отримали вичерпні відповіді, їм також продемонстрували роботу й можливості WEB-порталу ди-



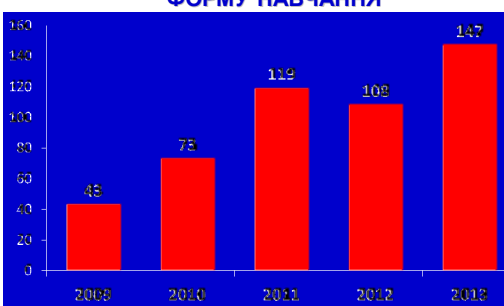
Визначення основних показників життєдіяльності при первинному огляді «пацієнта»

станційної форми навчання медичних сестер, навчально-методичні ресурси, аудіо-відеоматеріали, можливості он-лайн контролю знань студентів. Відрадно зазначити, що наступного дня представники компанії «Globe» зв'язалися з делегацією ТДМУ та повідомили, що після детального аналізу й обговорення отриманої під час зустрічі інформації, вони прийняли рішення, що дипломи випускників-медсестер, які навчалися в нашому університеті, буде позитивно евалювати це агенство, тобто визнавати в США.

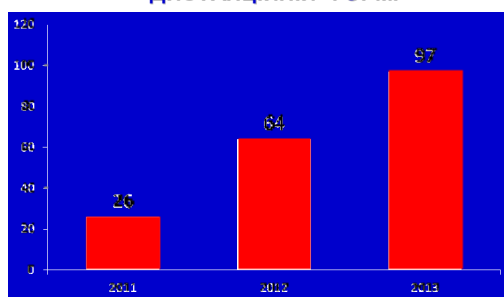
Таким чином, результати візиту делегації ТДМУ до США надають можливість залучити більшу кількість іноземних громадян для здобуття вищої освіти в університеті на дистанційній формі навчання за спеціальностями «медсестра-бакалавр» і «медсестра-магістр».

Михайло КОРДА,
декан факультету іноземних студентів, професор,
Світлана ЯСТРЕМСЬКА,
директор ННІ медсестринства, доцент,
Людмила МАЗУР,
заступника директора ННІ медсестринства, доцент

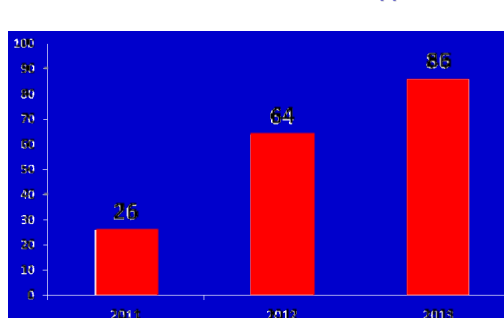
КІЛЬКІСТЬ СТУДЕНТІВ З США І КАНАДИ, ЩО ПОСТУПИЛИ НА ДИСТАНЦІЙНУ ФОРМУ НАВЧАННЯ



КІЛЬКІСТЬ СТУДЕНТІВ З США І КАНАДИ, ЯКІ ЗАКІНЧИЛИ НАВЧАННЯ НА ДИСТАНЦІЙНІЙ ФОРМІ



КІЛЬКІСТЬ СТУДЕНТІВ З США І КАНАДИ, ЯКІ УСПІШНО ЕВАЛЮОВАЛИ ДИПЛОМИ



Обговорення запитань щодо навчальних програм дистанційної форми

ВІТАЄМО!

**«ЦІНУЄМО ВАШ
ВНЕСОК У
СТАНОВЛЕННЯ
ФАРМФАКУЛЬТЕТУ»**

15 лютого відзначає ювілейний день народження доцент кафедри фармації навчально-наукового інституту післядипломної освіти ТДМУ Лідія Петрівна ЯВОРСЬКА.



Вельмишановна Лідіє Петрівно! Сердечно вітаємо Вас з ювілейним днем народження!

Після навчання та науково-педагогічної роботи у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького у стінах ТДМУ імені І.Я.Горбачевського Ви успішно пройшли понад 10-літній трудовий шлях доцента кафедри фармацевтичної хімії, а в останній рік – кафедри фармації навчально-наукового інституту післядипломної освіти.

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

Особливо цінуємо Ваш внесок у становлення фармацевтичного факультету, вдосконалення навчально-методичного процесу та активізацію його наукової діяльності відповідно до сучасних вимог.

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

Бажаємо Вам, вельмишановна Лідіє Петрівно, доброго здоров'я, невичерпного творчого натхнення, нових успіхів у Вашій благородній діяльності, добробуту, людського тепла, душевного спокою, родинного благополуччя й затишку, довгих років радісного та щасливого життя.

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

ХВОРІ СУДИНИ ЛІКУЄ ЛАЗЕР

«Вік людини – це вік її судин», – кажуть медики. Адаже судини забезпечують транспорт необхідних для життя речовин: кисню, вітамінів, гормонів... На жаль, шкідливі звички, стреси, надмірна вага негативно впливають на стан судинної системи, а це призводить до хвороб. Серед найпоширеніших – варикозне розширення вен нижніх кінцівок, що зустрічається у 26–38 відсотків жінок і 14–20 відсотків чоловіків працездатного віку. набряки, болі, важкість у ногах, судинні зірочки й опуклі синьо-червоні вени – все це характерні ознаки варикозу. У варикозно розширених венах часто утворюються тромби – згустки крові. Відірвавшись від стінки судини, тромб з током крові може потрапити у легеневу артерію та перекрити її, а це вже загроза не лише здоров'ю, а й життю. Ще одне ускладнення – трофічні виразки. Від них не вмирають, проте якість життя дуже по-терпає.

На жаль, більшість людей не звертаються до лікаря вчасно, зволікаючи до останнього. А дарма. Бо нині лікувати варикозне розширення вен в Тернополі можна без традиційної хірургічної операції та тривалої шпиталізації.

Про новий метод лікування варикозної хвороби ніг розповідає судинний хірург, доцент Святослав Костів.

– У медичному центрі «Медвіт» застосовують сучасну малотравматичну методику лікування варикозу з допомогою апарата для лазерної абляції вен з довжиною лазерної хвилі 1470 нанометрів під ультразвуковим контролем. Він створений спеціально для лікування варикозної хвороби. В уражену вену вводять катетер, через який проводять оптичне лазерне волокно та ніби «заварюють» її лазерним променем зсередени. Процедура не потребує загального наркозу. Для місцевого знеболення використовують розведений розчин анестетиків, що знечулює й оберігає навколишні тканини від високих температур, які утворюються всередині вени. Цей так званий «ефект водяної подушки» запобігає післяопераційним ускладненням. Кровотврата, травматизація – мінімальні. Процедура лазерної абляції варикозних вен проводять під постійним ультразвуковим моніторингом. Відновлення здоров'я пацієнта відбувається швидко, тож він не

потребує тривалого перебування в лікувальному закладі. Хіба людина, приїхавши з віддаленого району чи іншої області, воліє перебувати під наглядом лікаря після маніпуляції.

На ранніх стадіях хвороби вен метод лазерної абляції дуже ефективний та його широко застосовують у клініках Європи й розвинених країнах світу. До речі, апарат для лазерної абляції з такою довжиною лазерної хвилі (1470 нм), що діє лише на венозну стінку, – єдиний в області. Схожі апарати, з іншою довжиною хвилі (940 нм, 960 нм), у краї використовують для лікування пацієнтів, але вони є більш універсальні, і застосовують в інших галузях медицини. Людям, які страждають на варикозну хворобу, допоможуть у «Медвіті». Якщо варикоз занедбаний, лазерна абляція під ультразвуковим контролем може доповнюватися мініфлебоектомією – видаленням хворобливо змінених вен через точкові проколи із застосуванням спеціального хірургічного інструментарію. Або склеротерапією: в уражену судину вводять спеціальні препарати – склерозанти – і остання за рахунок хімічного опіку внутрішньої поверхні судини викликає асептичне запалення вени та її облітерацію.

Надають також допомогу при інших захворюваннях судин. Так, високоефективним є використання лазерної абляції для лікування геморою – хвороби небезпечної і неприємної, яка все ще залишається однією з найпоширеніших.

Термін «геморої» перекладається, як «кровотеча», бо основна ознака хвороби – саме кровотечі з прямої кишки. Інколи невеликі, а інколи й масивні, що виснажують хворого і фізично, і морально. У разі гострого геморою людина може відчувати інтенсивні болі, які не дають йому змоги належним чином працювати, сидіти, спати, їсти.

Як каже доцент Андрій Господарський, геморої все ще залишається одним з найпоширеніших захворювань людини. За даними деяких авторів, захворюваність на геморої становить 130-150 на 1000 осіб дорослого населення, а питома вага в структурі колопроктологічних захворювань коливається від 30 до 40%. Протягом останнього десятиліття набули поширення малоінвазивні методи лікування геморою. Це сприяє впровадженню в нашій державі загальносвітової практики, коли до 90 % оперативних втручань з приводу геморою виконують малоінвазивним методом в амбулаторно-поліклінічних умовах чи стаціонарах «одного дня». Серед найпоширеніших малоінвазивних методик лікування геморою можна виділити латексне лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів, дезартеризацію гемо-

роїдальних вузлів під контролем доплерометрії, інфрачервону фотокоагуляцію внутрішніх гемороїдальних вузлів, біполярну електрокоагуляцію гемороїдальних вузлів, склеротерапію тощо. Усі вони потребують дорожівартісного устаткування закордонного виробництва, що значно підвищує вартість хірургічного лікування на одного пацієнта. Особливої уваги заслуговує методика лазерної абляції з використанням сертифікованого вітчизняного апарату «Ліка-хірург», яка відзначається серед інших своєю малоінвазивністю, малотравматичністю, високою ефективністю та хорошими результатами лікування.

З 2010 року в Тернополі виконали майже 70 лазерних гемороїдектомій з використанням високоінтенсивного напівпровідникового лазера. У всіх хворих була комбінована форма геморою. Усім хворим виконували клініко-лабораторні обстеження згідно зі стандартами, а також огляд перианальної ділянки, пальцеве дослідження прямої кишки, ректороманоскопію або колоноскопію пацієнтам, які старші 40 років. Оцінку результатів лікування проводили за такими параметрами: тривалість операції, больові відчуття в ранньому післяопераційному періоді, реакція оточуючих тканин, наявність післяопераційних ускладнень та рецидиву, відновлення працездатності, косметичний ефект.

За словами Андрія Господарського, оперативне втручання проводили під місцевою анестезією. Як анестетик використовували 2% розчин лідокаїну з додаванням адреналіну. Для лазерної абляції гемороїдальної тканини використовували апарат «Ліка-хірург». Після дивульсії сфінктера в задній прохід вводили ректальне дзеркало. Моноволоконний світловідвід підводили до гемороїдального вузла, за допомогою лазерного променя робили «вікно» та без коагуляції проводили в напрямку до ніжки гемороїдального вузла. Далі виконували лазерну коагуляцію судинної ніжки з подальшою вапаризацією гемороїдальної тканини. Тривалість операції становила 15-25 хвилин. Необхідно зазначити, що вся операція проходить за повної відсутності кровотечі. В ранньому післяопераційному періоді в однієї пацієнтки на другу добу був зафіксований один епізод кровотечі після дефекації, що минув самостійно. Зі слів хворої, кількість крові була значно меншою порівняно з доопераційним періодом під час загострення гемороїдальної хвороби.

Усім пацієнтам у післяопераційному періоді призначали таблетовані ненаркотичні анальгетики один раз на ніч протягом трьох днів. 23 пацієнти відмовилися від анальгетиків на другу

добу, троє пацієнтів продовжували приймати їх протягом чотирьох діб. Починаючи з другої доби всі пацієнти характеризували ступінь больового синдрому, як помірну або відсутню. Перший акт дефекації у ранньому післяопераційному періоді у всіх пацієнтів відбувся у межах 36 годин після проведеного втручання та не вимагав прийому анальгетиків, що суттєво відрізняє лазерну гемороїдектомію від інших методів.

На першу добу частина пацієнтів відчували набряк в анальній ділянці, що проявлявся дискомфортом. Протягом першого тижня у всіх пацієнтів набряк у ділянці гемороїдальних вузлів суттєво зменшувався або зникав цілком. Загоювання відбувалося ніжним рубцюванням рани. Трудову діяльність у першу добу відновили 55 % пацієнтів, на другу-третю – решта хворих працездатного віку.

Усім пацієнтам в післяопераційному періоді був призначений системний венотонік, що позитивно впливало на перебіг післяопераційного періоду та раневого процесу, зменшуючи набряк тканин після лазерної коагуляції.

Проводили моніторинг пацієнтів в термін від 1 до 6 місяців. Слід зазначити, що три пацієнти протягом перших 20 днів мали негативний косметичний ефект від операції у вигляді надлишкової тканини розміром 0,5x0,5 см у ділянці тромбованих гемороїдальних вузлів. Проте при подальшому спостереженні через півроку лікарі відмітили самостійну резорбцію надлишкової тканини у цих пацієнток. У жодному випадку ми не виявили рецидиву захворювання, зауважує Андрій Господарський.

Отже, лазерна абляція гемороїдальних вузлів з використанням апарату «Ліка-хірург» має явні переваги перед іншими малоінвазивними методами у лікуванні гемороїдальної хвороби в амбулаторно-поліклінічних умовах чи стаціонарах «одного дня». Такі переваги, як майже повна відсутність больового синдрому в ранньому післяопераційному періоді, раннє відновлення працездатності в поєднанні з коротким періодом оперативного втручання та роботи хірурга в умовах мінімальної крововтрати, дозволяє цьому методу бути гідною альтернативою іншим традиційним методам лікування гемороїдальної хвороби.

Новий апарат для лікування судинних захворювань з використанням лазерного опромінення медичний центр «Медвіт» придбав нещодавно. Звісно, робота з таким високотехнологічним обладнанням потребує найвищої кваліфікації медиків. У «Медвіті», за відгукми пацієнтів, працюють саме такі – високі класні – лікарі.

Оксана БУСЬКА

..... ІНФОРМУЄ ВІДДІЛ МІЖНАРОДНИХ ЗВ'ЯЗКІВ ТДМУ ●

КІРОВСЬКА МЕДАКАДЕМІЯ Й НАДАЛІ ГОТОВА СПІВПРАЦЮВАТИ З ТДМУ

На адресу відділу міжнародних зв'язків ТДМУ надійшов лист з Кіровської державної медичної академії (Росія). Пропонуємо його в перекладі українською мовою.



Шановні колеги!
У ці непрості для України дні хочемо підтримати Вас і побажати стійкості духу, мудрості в прийнятті всіх значимих рішень та якнайшвидшого врегулювання конфліктних ситуацій! Хай Ваш професіоналізм, патріотизм і відданість справі стануть гарантими впевненості у завтрашньому дні Вашого університету та процвітання незалежної України!

Кіровська державна медична академія (Росія) готова підтвердити наміри про співпрацю з Вами в новому, 2014 році.

Будемо раді розвивати наші спільні проекти з таких напрямків:

1. Академічна мобільність викладачів.

Дуже будемо раді, якщо викладачі Вашого університету знайдуть можливість приїхати до Кіровської медакадемії з будь-якою тематикою лекцій, практичних занять і майстер-класів. Забезпечимо гостинність, екскурсійну програму, комфортне проживання у центрі міста, харчування.

2. Академічна мобільність студентів.
— Можемо прийняти від Вас 10-15 студентів 3-5 курсів на літню виробничу практику в липні 2014 р., узгодимо робочу програму практики.

— Розглянемо питання обміну студентами на семестр, задля цього можемо надіслати навчальні плани і узгодити відповідні програми навчання
— З 16 до 18 квітня 2014 року в Кіровській мед академії відбуватиметься XV Міжнародна студентська конференція «Молодь і медична наука в XXI столітті».

Дуже чекаємо Ваших студентів з виступами. З питань, пов'язаних з організацією цього форуму, публікаціями, участю, просимо контактуватися з такими особами:

Дорофеева Юлія Андріївна +7-953-671-29-47;

Кравчук Олександр Васильович +7-912-369-19-77.

e-mail: goodnomus@yandex.ru

Якщо приїдуть Ваші студенти з будь-якого напрямку академічної мобільності, зорганізуємо зустріч, кураторів від наших студентів, яскраву екскурсійну програму, проживання у сучасному, комфортному гуртожитку.

**З повагою
начальник відділу
міжнародних зв'язків
Кіровської державної
медичної академії
Маріанна Борисівна
ДРОЖДИНА**



Олег БУКО, студент стоматологічного факультету

Фото Павла БАЛЮХА

6-ИЙ МІЖНАРОДНИЙ СТУДЕНТСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС У М. КОШИЦЕ (СЛОВАЧЧИНА)

25-27 червня 2014 року у м. Кошице (Словаччина) на базі університету Павла-Йозефа Шафарика відбудеться 6-ий Міжнародний студентський медичний конгрес. Студенти матимуть можливість представити свої наукові роботи як в усній, так і у формі стендової доповіді, а також відвідати лекції та семінари. До цьогоорічної тематики входить клінічна медицина, охорона здоров'я, стоматологія, фармакологія, фундаментальні науки та результати наукових досліджень. Подача тез – з 15 грудня 2013 року до 1 березня 2014 року. Детальніша інформація на веб-сайті www.ismck.com. Адреса для листування: ismck2014@gmail.com.

Kirov State Medical Academy

The conference publications collection will be sent to the authors' given email address as a pdf-file. Besides, the conference publications collection can be obtained on academy's official website in "Science – Conferences – Past lectures materials" after 01.05.2014). Those eager to purchase a printed copy of the publication (estimated cost including post expenses is 700 rubles) should put a relevant mark in an application form and give a postal address for publications distribution).

*Arte et humanitate,
labore et scientia*

**XV Conference
«Youth and Medical Science
in XXI century»**

16.04.2014 - 18.04.2014

6th International Student Medical Congress Košice
www.ismck.com
ismck2014@gmail.com

Dear faculty and staff members,

I am excited to contact you on behalf of the 6th International Student Medical Congress Košice (ISMCK'14).

6th International Student Medical Congress takes place in Košice, Slovakia from 25-27.6.2014. Our congress is the result of the effort by a group of medical students and alumni from University of Pavol Jozef Šafárik in Košice.

Our goal is to strengthen the international cooperation among medical students worldwide. Students get the opportunity to present their research, in both oral and poster form as well as attend lectures, workshops and sessions prepared. Topics for this year are **clinical medicine, public health, dentistry, pharmacology, basic science and PhD research papers**. The abstract submission will be opened from the 15th of December 2013 until the 1st of March 2014.

This year, we are interested in welcoming even more participants from all over the world. Thus, we want to strengthen our position of young congress in the medical world.

We would be grateful if you could advertise posters attached at your University. We believe that close cooperation between faculties and medical school in general would be a tremendous help for establishing international network among students. As students from all scientific fields are welcomed, posters can be posted on faculties of general medicine, dental medicine or pharmacology and other scientific fields. We highly appreciate your help.

For more information about our congress see our website www.ismck.com, or email us to ismck2014@gmail.com

We are looking forward to meet you and your students in Košice!

On behalf of OC.

Eva Škanderová
PR manager ISMCK 2014
ismck2014@gmail.com



І ПІДСУМКИ, І ЗАВДАННЯ

Здоров'я людини значною мірою залежить від того, наскільки якісні послуги можуть надати їй у медичному закладі. Судячи з того, що матеріально-технічна база лікувально-профілактичних закладів краю збагатилася торік новою й доволі сучасною апаратурою, а лави медичної спільноти поповнилися молодими кадрами, особливо у сімейній медицині, можна стверджувати про певні здобутки. А от яким буде фінансове забезпечення медичної галузі цього року та багато інших питань розв'язували учасники засідання колегії департаменту охорони здоров'я ОДА під головуванням директора департаменту охорони здоров'я Руслана Мостового. У роботі колегії взяли участь заступник директора, начальник управління надання медичної допомоги населенню та організаційно-правового забезпечення департаменту Віктор Овчарук, начальник відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради Ростислав Левчук, голова Тернопільської обласної громадської організації «Асоціація медичних сестер» Надія Фарион, голова Тернопільської обласної організації профспілки працівників охорони здоров'я Володимир Кузів, головний лікар

Тернопільської університетської лікарні Василь Бліхар та проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи ТДМУ Надія Ярема.

Торік, як мовилося на колегії, робота галузі охорони здоров'я області була спрямована на збереження та зміцнення здоров'я, забезпечення мешканців доступною та якісною медичною допомогою. Роботу засідання розпочали з виступу головного спеціаліста-педіатра ДООЗ ТОДА Майї Голяк щодо проведення скринінгу новонароджених на адреногенітальний синдром і муковісцидоз та оцінки його результатів.

— Забір зразків крові у новонароджених для скринінгу, — розповіла Майя Голяк, — проводять у пологовому будинку або у відділеннях патології новонароджених на 3-5 добу після народження, якщо дитина виписується з пологового будинку раніше доби, взяття зразка крові у зазначений термін забезпечує дитяча поліклініка за місцем фактичного проживання дитини.

До слова, як повідомила Майя Голяк, тест-бланками пологові відділення забезпечені з державного бюджету на 100 відсотків.

Задля покращення медико-генетичної допомоги дітям Руслан Мостовий дав вказівку забезпе-

чити охоплення масовим скринінгом новонароджених на фенілкетонурію, вроджений гіпотиреоз, муковісцидоз, адреногенітальний синдром на рівні 99-100%, а також контролювати за якістю забору матеріалу та його своєчасною відправкою до Волинського медико-генетичного центру.

Під час засідання було обговорено доповідь «Про розгляд результатів перевірок і ревізій лікувально-профілактичних закладів органами державної фінансової інспекції».

Про результати акредитації лікувально-профілактичних закладів Тернопільської області розповів начальник Тернопільського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики Володимир Юровський. Як він повідомив, у багатьох закладах проведені поточні або капітальні ремонти та придбали обладнання. Щоправда, варто й надалі докладати зусиль до поліпшення матеріально-технічного стану ЛПЗ. Уже цього року вирішувати питання щодо ремонтних робіт у медичних установах — заміни покрівель і вікон, резервного джерела енергоживлення та приведення його до I категорії, встановлення пожежної сигналізації, онов-

лення обладнання й санітарно-го транспорту.

У доповіді головного спеціаліста з питань кадрової роботи та державної служби ДООЗ ТОДА Олександра Кузнеця, йшлося про підсумки роботи з медичними кадрами за 11 місяців 2013 року. За цей час у лікувальні заклади області скерували 68 лікарів-молодих спеціалістів, з них 91% — у заклади сільської місцевості, з яких на посади сімейних лікарів — 37 фахівців. Вторинну спеціалізацію із сімейної медицини пройшли 16 лікарів. У заклади охорони здоров'я краю скерували 135 молодших спеціалістів з медичною освітою, з них — 64% в сільську місцевість. За підсумками 11 місяців минулого року укомплектованість лікарськими кадрами становить 92%, молодшими спеціалістами з медичною освітою — 113%.

Мав слово на засіданні колегії науковець ТДМУ, доцент кафедри загальної хірургії Андрій Ковальчук, який розповів про власні досягнення. Зокрема, йшлося про розробку та широке впровадження в клінічну практику унікального високотехнологічного медичного обладнання під назвою «Електродерматом ДК-717» для проведення пластичного відновлення втраченого шкірного покриву у тяжких обпечених хворих. Членам та учасникам колегії представив інформаційні та відеоматеріали «Інноваційного медичного обладнання для забезпечення високо-

технологічного процесу трансплантації шкіри у тяжкообпечених хворих».

За словами науковця, впровадження в клінічну практику нового типу електродерматому з одноразовою ріжучою голівкою, дає можливість проводити повторні оперативні втручання у пацієнтів з важкими опіками з щонайменшими втратами донорських ресурсів шкіри, до того ж скорочує терміни стаціонарного лікування таких пацієнтів та полегшує перебіг опікової хвороби. Інструмент актуальний для лікування важко обпечених, особливо дітей, з його появою на вітчизняному ринку в українських комбустіологів з'явилася можливість проводити пластику опікових ран ультра-тонкими аутодермотрансплантатами товщиною 0,06-0,1мм. Це забезпечує швидку регенерацію ран і мінімальне пошкодження донорських ділянок. Крім того, застосування одноразової ріжучої голівки дерматому знижує до мінімуму ризик зараження пацієнтів небезпечними інфекціями (СНІД, гепатит С). Унікальна модель дискового дерматому дозволяє на високому рівні проводити раннє хірургічне видалення уражених тканин, а модифікована модель лінійного дерматому вкрай необхідна для проведення пластичних операцій у хворих з косметичними дефектами великих розмірів.

Лариса ЛУКАЩУК

ОБ'ЄКТИВ-

ЗИМОВІ ПРОБЛЕМИ



Артур ШЛЕНСЬКОВИЙ,
студент фармацевтичного факультету (ліворуч);
Юлія ПИЦЮК, студентка медичного факультету (внизу)

Фото Павла БАЛЮХА



«ЙШОВ, ПОСКОВЗНУВСЯ, ВПАВ...»

Запізнілий сніг прийшов разом з ожеледицею і, як завжди, зненацька заскочив наші комунальні служби. На нерозчищених тротуарах утворилися ковзанки, багато дворів у спальних районах стали непрохідними, а до травмопунктів потяглися люди, чиї невеселі розповіді про те, що сталося, зазвичай починаються словами: «Йшов, послизнувся, впав...».

У травмопункті під дерима, за якими приймає лікар, черга з майже десяти осіб. Старі й молоді, чоловіки й жінки... 84-річна пані Марія розповідає, що зламала ліву руку, піднімаючись обмерзлими сходами до крамниці, що на бульварі Данила Галицького. 25-річний Микола впав на тротуарі на вулиці Лесі Українки, де під ногами — суцільний лід, прикритий неприбраним снігом. У льодову пастку можна потрапити і на тротуарі в центрі міста. Приємний виняток — 120 метрів дороги від центрального універмагу до вулиці Острозького. Тут тротуарна плитка з підігрівом і йти нею приємно та безпечно. Ні снігу, ні ожеледиці.

Словом, «ура!»: можна, нарешті, зітхнути з полегшенням і бадьоро покрокувати далі. Але безпечний піший похід триває недовго. Біля центрального універмагу «теплий» тротуар закінчується й знову згадуєш, що пересуватися треба якнайобережніше, щоб втриматися на ногах. Неширокий крок, повільний темп і мінімальний відрив ступні від поверхні землі. Всі ознаки старечої ходи... Але краще йти так, ніж впасти і отримати травму.

— За останній час рівень вуличного травматизму зріс, — розповідає завідуючий відділенням травматології лікарні швидкої допомоги Борис Майка. — Влітку, зазвичай, за добу до нас звертається 1-2 людини, а нині — 40-45, буває, й більше — до 60-ти осіб. З них 10-14 — це пацієнти з вуличними травмами, отриманими внаслідок падіння на вулиці. 2-3 потерпілих від ожеледиці потребують стаціонарного лікування, і, зокрема, оперативного втручання.

Травми різної важкості. Найчастіше від «зимової» хвороби страждають нижні кінцівки. Насамперед йдеться про переломи та вивихи гомілково-ступневого суглобу й променевої кістки. Переломи і травми самих кінцівок трапляються рідше. Ще

рідше — струси головного мозку внаслідок падіння на вулиці, які потребують стаціонарного лікування, і переломи хребта. Але це досить важкі травми.

У Тернополі в кожній поліклініці є кабінет травматолога, де потерпілим нададуть необхідну допомогу, також цілодобово працює травмопункт при лікарні швидкої допомоги. Люди можуть звертатися як в поліклініку, так і у травмопункт. «Поламані» пацієнти — здебільшого тернополяни, але є й мешканці області. Нікому не відмовляємо, всім надаємо допомогу, зазначає Борис Майка. Травмується той, хто більше рухається. Хоча травматизм не пов'язаний лише зі слизькою вулицею. Є виробничі травми, приміром, на будівництві через порушення правил техніки безпеки, але вони, як правило, мають сезонний характер. Потрапляють до нас і сільські мешканці, які повелися необережно на власному подвір'ї. Нещодавно привезли чоловіка, який упав на сходах до хати та пошкодив хребет. На щастя, обійшлося мінімальною травматизацією без порушення спинного мозку. Трапляються й набагато складніші випадки, тому моя порада: треба бути уважним та обережним, а для профілактики носити зручне взуття з протектором.

Лікарі радять у разі падіння, якщо є біль, деформація кінцівки або якісь інші симптоми, обов'язково звернутися до фахівців, а не займатися самолікуванням.

Лідія ХМІЛЯР

«АБЕТКА ЗДОРОВ'Я» – ПУТІВНИК У СФЕРІ ДІЄТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ

Гарною звісткою наприкінці минулого року порадували медиків і всіх прихильників здорового харчування науковці Тернопільського медичного університету. Їх спільний з фахівцями НВ ТОВ «Житомирбіопродукт» інтелектуальний здобуток «Абетка здоров'я» перемогла у Всеукраїнському конкурсі якості продукції «100 кращих товарів України». Варто зазначити, що «Абетка здоров'я» – це програма корекції харчування за допомогою харчових продуктів спеціального дієтичного призначення.

Співавтори «Абетки здоров'я» – завідувач кафедри педіатрії та дитячої хірургії №1 ТДМУ, професор Ольга Федорців та доцентці цієї ж кафедри – Тамара Воронцова, Софія Левенець, Любов Волянська, Ігор Крицький, Павло Гошницький, Ігор Крицький, Тетяна Косовська, асистент Наталя Ярема.

За словами професора Ольги Федорців, програма зорієнтована на застосування харчової продукції, яка забезпечує первинну аліментарну профілактику виникнення захворювань, а також полегшення перебігу вже здобутих недуг. «Абетка» стане в нагоді лікарям різного профілю, адже у цьому виданні занотовані рекомендації щодо первинної та вторинної профілактики багатьох хвороб через корекцію харчування за допомогою гарантовано якісних інноваційних харчових продуктів спеціального дієтичного споживання, їх функціонального призначення, з рекомендованим дозуванням та тривалістю вживання.

Детальніше – в розповіді доцента ТДМУ Тамари Воронцової:

– З 2009 року колектив кафедри педіатрії з дитячою хірургією №1 ТДМУ активно співпрацює з НВ ТОВ «Житомирбіопродукт», це засвідчує складений договір на виконання науково-технічних робіт «Дослідження ефективності спеціальних харчових продуктів для дієтичного харчування в комплексному лікуванні дітей з хронічною соматичною патологією». Результати цієї діяльності ми оприлюднили в періодичній та спеціальної медичній пресі, захищена

кандидатська дисертація, видані інформаційно-методичні листи про нововведення в сфері охорони здоров'я, отриманий патент на спосіб лікування хворих на ювенільний ревматоїдний артрит.

Нині вітчизняний та зарубіжний фармацевтичний ринок пропонує доволі широкий асортимент продукції для дієтичного харчування. Це – шроти, олії, комбіновані фітопрепарати. Почасти не так вже й легко лікарю впоратися з правильним вибором харчового додатку для реабілітації, відновлення чи профілактики недуги, бо ж не всі виробники чесно повідомляють про дотримання певних умов щодо зберігання сировини, технології виготовлення продукції спеціального призначення. Відтак немає й гарантії якості продуктів, які вони пропонують для корекції харчування. Чи можна вважати дієтичною, скажімо, рафіновану олію з арсеналу запропонованої супермаркетами? Про це взагалі не йдеться. Вона не має жодних корисних властивостей – по суті, позбавлена поліненасичених жирних кислот, вітамінів, адже готується методом холодного пресування, коли сировину виморожують під високим тиском або під високою температурою. Подібна ситуація склалася й у аптечній мережі. Якщо маємо намір придбати так звану лікувальну олію льону чи зародків пшениці, не завжди є відомості, в який же спосіб її виготовили. Якщо традиційним способом нагрівання, то корисні елементи, зокрема, поліненасичені жирні кислоти цей продукт майже втратив і вже не годиться для дієтичного харчування.

– Отож перш, аніж рекомендувати та проводити дослідження, базуючись на продукції саме «Житомирбіопродукту», повинні були спочатку упевнитися в якості призначеного для дієтичного харчування асортименту. Наше знайомство відбулося на одній з науково-практичних конференцій в ТДМУ з легкої руки директора Інституту екології людини, професора Михайла Курика, а згодом нас запросили відвідати це підприємство. Звісно, в багатьох, хто вперше дізнається про цього виробника, його продукція для відновлення здоров'я не завжди позитивно асоціюється з

екологічно несприятливою Житомирщиною. Однак, як згодом нам розповіли фахівці, підприємство укладає угоди з фермерами Вінницької, Тернопільської та інших областей, землі яких не використовували у сільському господарстві щонайменше 10 років



та вважаються чистими за багатьма показниками, зокрема, від пестицидів, інших міңдобриків. До того ж велику увагу приділили виробники й насіннево му матеріалу, використовуючи добірне зерно, до прикладу, насіння амаранту тут закупають лише те, що багате на сквален, який відомий своїми лікувальними властивостями.

Ми побували на виробництві і на власні очі побачили усі етапи технологічного процесу, відвідали лабораторію, де дуже скрупульозно проводять дослідження, та склад готової продукції. Підприємство облаштоване спеціальною апаратурою, яка дозволяє зберегти природні властивості рослинної продукції та посилити її дію. Впровадження такої унікальної технології низькотемпературної переробки сировини (температура на всіх технологічних процесах не перевищує +40 градусів С), яка зберігає природний стан діючих речовин продукту без змін. Це дозволило використовувати її для профілактики захворювань через корекцію харчування. Варто зауважити, що якість продукції підприємства «Житомирбіопродукт» за показниками безпеки, кількості діючих речовин систематично перевіряє на всіх технологічних процесах заводська акредитована лабораторія й лабораторія Інституту екології та

токсикології ім. Л.І. Медведя (м. Київ), Національного університету харчових технологій (м. Київ), Українського інституту екології людини та іншими компетентними організаціями, Інституту епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевсько-

гетичного потенціалу, нагромадженого природою в рослинах і насінні, для виготовлення продукції дієтичного спрямування. У тісній співпраці з провідними науковими центрами України були розроблені та запроваджені у виробництво функціональні харчові продукти спеціального дієтичного споживання та функціонального призначення.

Щоб лікарі могли краще орієнтуватися серед цього розмаїття продукції, ініціативна група у складі провідних спеціалістів НВ ТОВ «Житомирбіопродукт», Тернопільського медичного університету та за участі фахівців Інституту епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського АМН України створила Програму корекції харчування за допомогою харчових стандартизованих продуктів гарантованої якості з надійною дією й дозуванням для покращення здоров'я та якості життя, так звану «Абетку здоров'я». У цьому виданні споживачу пропонують не лише перелік продуктів чи їх назви, а спеціальні рекомендації щодо вживання продуктів харчування, отриманих за низькотемпературними технологіями, зі стандартизованою кількістю діючих речовин або речовин ідентифікаторів (речовин, які містяться лише в певних рослинах), що гарантує якість та дозволяє підійти грамотно до розрахунку раціону харчування за різних станів здоров'я. Корекція харчування продуктами спеціального дієтичного споживання та продуктами функціонального призначення проводить первинну профілактику аліментарно обумовлених захворювань: функціональних порушень травної системи, бронхіальної астми, ревматоїдного артриту, міопії, ожиріння, ішемічного хвороба серця, атеросклерозу, інсульту, інфаркту, захворювань ендокринної та травної систем, інші. Маємо намір продовжувати роботу над вивченням впливу продукції для корекції харчування й за інших захворювань, тому наступне видання «Абетки здоров'я» буде насичене новою інформацією, зокрема, збільшений перелік захворювань, при яких рекомендовано вживати ці препарати. Розлогоше подаватиметься наукове обґрунтування щодо доцільності використання певних продуктів за певних патологій.

Лариса ЛУКАЩУК

ЦІКАВО

РОЗМІР ПОРЦІЙ ЇЖИ ПОТРІБНО ВИМІРЮВАТИ ПО РУЦІ

Рука людини може допомогти їй контролювати обсяг споживаної їжі. Наприклад, порція м'ясної страви не повинна перевищувати розмір долоні, а обсяг вуглеводної їжі – розмір кулака. А гранична допустима

норма вершкового масла – не більше кінчика пальця.

Примітно, що згідно з психологією та переконанням у тому, що тарілку після їжі потрібно залишати чистою, люди з'їдають, незалежно від обсягу, стільки,

скільки їм поклали. Так і стається переїдання.

Проте фахівець з харчування Кейтлін Зельман вважає, що порції можна вимірювати також звичними для всіх предметами.

Скажімо: млинець не повинен

перевищувати розміри CD-диска, бейгл – обсяг банки з рибними консервами, а порція майонезу – фішку для гри в покер. Обсяг споживаного шоколаду необхідно скоротити до розміру упаковки зубної нитки.

Щоб набрати вагу, досить збільшити споживання їжі на 3500 калорій. Це не так склад-

но, беручи до уваги, що останнім часом розмір порцій сильно зріс.

Наприклад, американські експерти з'ясували, що розмір порції печива у сім разів перевищує стандартний, а мафіна – втричі. І це стосується всього. Якщо в одній чайній ложці олії для салату міститься 45 калорій, то в столовій ложці – вже цілих 135.

КОНТРАКТ – ОСОБЛИВА ФОРМА ТРУДОВОГО ДОГОВОРУ

Визнаючи важливість права на працю як основи життєдіяльності людини, Конституція України закріплює та гарантує основні трудові права громадян (статті 43, 44, 45, 46) і встановлює, що основи соціального захисту, форми та види пенсійного забезпечення, засади регулювання праці і зайнятості визначаються винятково законами України (пункт 6 частини першої статті 92).

Відповідно до ст. 43 Конституції України, кожен має право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею, яку він вільно обирає або на яку вільно погоджується. Держава створює умови для повного здійснення громадянами права на працю, гарантує рівні можливості у виборі професії та роду трудової діяльності, реалізовує програми професійно-технічного навчання, підготовки і перепідготовки кадрів відповідно до суспільних потреб. Кожен має право на належні, безпечні і здорові умови праці, на заробітну плату, не нижчу від визначеної законом. Громадянам гарантується захист від незаконного звільнення. Право на своєчасне одержання винагороди за працю захищається законом.

Право на працю особа може реалізувати шляхом укладення трудового договору та контракту, як особливої форми такого договору.

Питання укладення, зміни, розірвання трудового договору, контракту, зокрема, регулюється, крім Конституції України, також Кодексом законів про працю, Законом України «Про вищу освіту», Законом України «Про основи законодавства про охорону здоров'я» та іншими нормативно-правовими актами.

Трудовий договір є угода між працівником і власником підприємства, установи, організації або уповноваженим ним органом чи фізичною особою, за якою працівник зобов'язується виконувати роботу, визначену цією угодою, з підляганням внутрішньому трудовому розпорядкові, а власник підприємства, установи, організації або уповноважений ним орган чи фізична особа зобов'язується виплачувати працівникові заробітну плату і забезпечувати умови праці, необхідні для виконання роботи, передбачені законодавством про працю, колективним договором і угодою сторін (ст. 21 КЗпП).

При укладенні трудового договору громадянин зобов'язаний подати паспорт або інший документ, що посвідчує особу, трудову книжку, а у випадках, передбачених законодавством, також документ про освіту (спеціальність, кваліфікацію), про стан здоров'я та інші документи.

Відповідно до Конституції України, будь-яке пряме або непряме обмеження прав чи

встановлення прямих або непрямих переваг при укладенні, зміні та припиненні трудового договору, в т.ч. контракту, залежно від походження, соціального і майнового стану, расової та національної приналежності, статі, мови, політичних поглядів, релігійних переконань, членства у професійній спілці чи іншому об'єднанні громадян, роду і характеру занять, місця проживання не допускається.

Забороняється вимагати від осіб, які поступають на роботу, відомості про їх партійну та національну приналежність, походження, реєстрацію місця проживання чи перебування та документи, подання яких не передбачено законодавством.

Спільна робота в одній і тій же установі осіб, які є близькими родичами чи свояками (батьки, подружжя, брати, сестри, діти, а також батьки, брати, сестри і діти подружжя), якщо у зв'язку з виконанням трудових обов'язків вони безпосередньо підпорядковані або підконтрольні один одному забороняється.

Особливою формою трудового договору є контракт, в якому строк його дії, права, обов'язки і відповідальність сторін (в тому числі матеріальна), умови матеріального забезпечення та організації праці працівника, умови розірвання договору, в тому числі дострокового, можуть встановлюватися угодою сторін. Сфера застосування контракту визначається законами України.

Контракт як особлива форма трудового договору спрямовується на забезпечення умов для проявлення ініціативності та самостійності працівника, враховуючи його індивідуальні здібності й професійні навички, підвищення взаємної відповідальності сторін, правову і соціальну захищеність працівника.

Контракт укладається в письмовій формі. Він набуває чинності з часу його підписання або з дати, визначеної сторонами у контракті, і може бути змінений за згодою сторін, складеною у письмовій формі.

Контракт є підставою для видання наказу (розпорядження) про прийняття (найняття) працівника на роботу з дня, встановленого у контракті за угодою сторін.

У контракті передбачаються обсяги пропонованої роботи та вимоги до якості і строків її виконання, строк дії контракту, права, обов'язки та взаємна відповідальність сторін, умови

оплати й організації праці, підстави припинення та розірвання контракту, соціально-побутові та інші умови, необхідні для виконання взятих на себе сторонами зобов'язань, з урахуванням специфіки роботи, професійних особливостей та фінансових можливостей підприємства, установи, організації чи роботодавця.

Умови оплати праці та матеріального забезпечення працівників, з якими укладається контракт, визначаються угодою сторін. Розміри виплат не можуть бути меншими, ніж передбачено чинним законодавством, угодами і колективним договором, і залежать від виконання умов контракту.

У контракті можуть також визначатися умови підвищення або зниження обумовленого сторонами розміру оплати праці, встановлення доплат і надбавок, премій, винагород за підсумками роботи за рік чи інший період.

У контракті можуть бути зафіксовані особливі умови праці з окремих професій і видів робіт,

контракті можуть визначитися додаткові, крім встановлених чинним законодавством, підстави його розірвання.

Контракт може передбачати зобов'язання роботодавця щодо компенсації моральної та матеріальної шкоди, заподіяної працівникові у разі дострокового розірвання контракту:

працівником – з причин невиконання чи неналежного виконання роботодавцем зобов'язань, передбачених контрактом;

роботодавцем – з підстав, не передбачених чинним законодавством та контрактом.

Контрактом може бути встановлено додаткові гарантії працівникові на випадок дострокового припинення контракту з незалежних від працівника причин.

Розірвання контракту з ініціативи роботодавця з підстав, встановлених у контракті, але не передбачених чинним законодавством, то звільнення проводиться з урахуванням гарантій, встановлених чинним законодавством і контрактом.

У разі невиконання або неналежного виконання сторонами зобов'язань, передбачених у контракті, його може бути достроково розірвано з попередженням відповідної сторони за два тижні, якщо це вказано в контракті.

Контракт підлягає розірванню достроково на вимогу працівника в разі його хвороби або інвалідності, які перешкоджають виконанню роботи за контрактом, порушення роботодавцем законодавства про працю, невиконання чи неналежного виконання роботодавцем зобов'язань, передбачених контрактом, та з інших поважних причин.

Згідно зі ст. 9 КЗпП умови договорів про працю, які погіршують становище працівників порівняно з законодавством України про працю, є недійсними. Однак Конституційний Суд України у своєму рішенні № 12-рп/98 від 9 липня 1998 року в справі за конституційним зверненням Київської міської ради професійних спілок щодо офіційного тлумачення частини третьої статті 21 Кодексу законів про працю України (справа про тлумачення терміну «законодавство») дійшов висновку, що «погіршення» може допускатися лише щодо тих умов, які передбачені в частині 3 статті 21 Кодексу законів про працю та підкреслив, що, «незважаючи на ці та інші застереження, що містяться в Кодексі законів про працю та інших актах трудового законодавства і спрямовані на захист прав громадян під час укладення ними трудових договорів у

формі контрактів, сторонами в контракті можуть передбачитися невідпідні для працівників умови: зокрема, це, як правило, тимчасовий характер трудових відносин, підвищена відповідальність працівника, додаткові підстави розірвання договору тощо», і на основі цього зробив висновок про те, що сфера застосування контракту під час оформлення трудових відносин не може бути безмежною.

Зокрема, контрактна форма трудового договору, чинним законодавством, передбачена для керівників вищих навчальних закладів (ст. 21 Закону України «Про вищу освіту», ст. 20 Закону України «Про освіту»), завідувачих кафедрою (ст. 30 Закону України «Про вищу освіту»), педагогічних та науково-педагогічних працівників (ст. 54 Закону України «Про освіту»), керівників державних, комунальних закладів охорони здоров'я (ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я») тощо.

19 листопада 2013 року внесено зміни в ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» і відповідно до цих змін, керівники державних, комунальних закладів охорони здоров'я призначаються на посаду шляхом укладення з ними контракту строком від трьох до п'яти років. Якщо після закінчення строку дії контракту трудові відносини фактично тривають і жодна із сторін не вимагає їх припинення, дія контракту вважається продовженою відповідно до закону. Порядок укладення контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я та типова форма такого контракту затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Відповідно до цих змін Міністерство охорони здоров'я розробило та подало Кабінету Міністрів України проект постанови «Про затвердження Порядку укладення контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я та Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я».

Метою законопроекту є забезпечення громадян доступною якісною медичною допомогою та створення дієвого механізму контролю з боку МОЗ України за комплексним виконанням, зокрема, на регіональному рівні, державної політики у сфері охорони здоров'я України, утворення цільної системи охорони здоров'я та удосконалення системи організації управління керівними кадрами закладів охорони здоров'я державної, комунальної форми власності, які надають медичну допомогу.

Підготував юридичний відділ ТДМУ



ІННА ПРОЦЮК: «ВДЯЧНА ВИКЛАДАЧАМ ЗА ОТРИМАНІ ЗНАННЯ»

Інна Процюк – студентка 6 курсу медичного факультету. Навчається на державній формі навчання. Минулого семестру отримувала академічну стипендію Президента України.

– Дякую керівництву нашого університету за те, що для нас створені всі необхідні умови для навчання, а також викладачам за отримані знання, – розповідає Інна.

Відмінно дівчина навчалася і в Лановецькій ЗОШ №1, яку закінчила із золотою медаллю.

– Єдиний предмет, який мені не подобався в школі – економіка. На мою думку, це наука, де про елементарні речі пишуть дуже мудрими словами, що мені не є близьким. Хоча половина моїх однокласників пішла студіювати облік та аудит в економічному ВНЗ, бо це було модно. Всі інші уроки в школі я любила, особливо – біологію. В 10 класі вирішила пов'язати своє життя з медициною. Хоча виросла в «немедичній» сім'ї і в поліклініці бувала лише на профілактичних оглядах. Нині можу з певністю сказати, що про свій вибір не шкодувала жодного дня й навіть не уявляю себе студенткою якогось іншого ВНЗ.

Вступала в перший рік впровадження ЗНО. Складала тести з двох дисциплін – біології та української мови і літератури. З обох набрала по 200 балів і стала студенткою омріяного ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського. Останні три роки займалася в хірургічному гуртку під керівництвом професора Степана Йосиповича Запорожана. Хірургія і, особливо, нейрохірургія мені дуже подобається. Після 4 і 5 курсів моя виробнича практика проходила у польському місті Вроцлаві, на базі місцевої університетської лікарні. Спершу два тижні у відділенні нейрохірургії та ще два тижні в загальному відділенні. Останнього разу – чотири тижні у відділенні нейрохірургії. Виробнича практика для студентів-

медиків – це можливість використати отримані під час навчання знання на практиці, удосконалити свої практичні навички та вміння. Крім того, це ще й прекрасна нагода відчувати себе лікарем, глибше осягнути необхідність і гуманність професії, яка в усі часи була найпрестижнішою на землі.

Торік також взяла участь у конкурсному відборі серед студентів-медиків для участі в програмі міжнародного академічного обміну й семестрового навчання на медичному факультеті Карлового університету в Празі (Чехія). Вивчала чотири дисципліни. Організація навчання на медичному факультеті Карлового університету подібна до тієї, яку маємо в ТДМУ, але цикли дисциплін довші. І студенти повинні самоорганізуватися, складаючи програму вивчення дисциплін так, щоб це було логічно. Бо якщо вибрати спочатку кардіохірургію, а після неї кардіологію – це буде зовсім нелогічно. Хто вчиться за цією системою – такого не зробить. У нашому університеті, зазначу, програма затверджена та логічна. Ми мали змогу обрати цикли дисциплін, які відповідають навчальним планам обох університетів. Зокрема, впродовж трьох тижнів я вивчала цикли «Хірургія» та «Інтенсивна терапія з анестезіологією», двох тижнів – «Кардіологію» та «Акушерство і гінекологію». Заняття проводили на базі університетської лікарні в Празі з досвідченими викладачами, лікарями-клініцистами.

– Яка країна вам сподобалася більше?

– Більше сподобалася Польща. Може тому, що добре знаю польську мову, а знання мови країни, де перебуваєш, багато важить.

– Відомий німецький філософ Ганс Гадамер писав: «Розуміти чужу мову – означає не мати потреби перекладати її рідною». У вас такої потреби немає...

– ... щодо англійської та

польської. Перебуваючи в Празі, трохи вивчила чеську. До речі, заняття в Карловому університеті вели англійською.

– Чи вдавалося поєднати корисне з приємним, а навчання – з невеликими подорожами країнами-сусідами? Зокрема, в яких польських містах побували?



– У багатьох: Перемишль, Жешув, Краків, Катовіце, Варшава. На жаль, не вдалося здійснити свою давню мрію – поїхати в Стальову Волю. Хоча, мабуть, мрію це важко назвати. Бо мрія – це щось таке, до чого треба йти дуже довго. А щоб побачити Стальову Волю, досить купити квиток і поїхати.

– Чим так приваблює Вас це місто?
– У Стальові Волі народився Шопен, там є його музей, і музичні ятки зі спеціальними кнопками, після натискання яких з динаміків звучить музика Фредерика Шопена.

– Любите музику?

– Я закінчила музичну школу, граю на бандурі. Але моє захоплення – медицина. Торік взяла участь у роботі конгресу молодих вчених-медиків, що відбувався в квітні у Вроцлаві. Аудиторія дуже добре сприйняла мій виступ. Пізніше у збірнику тез конгресу надрукували мою стат-

тю «Аспекти черепно-мозкового травматизму в Україні», яку писала під керівництвом професора Степана Йосиповича Запорожана.

– Зимову сесію склали успішно?



– Так. У семестровий тестовий іспит ввійшли тести з різних дисциплін: інтенсивна терапія, дорослі та дитячі інфекції, педіатрія, економіка й статистика. Всього 6 модулів. За кожен отримала від 10 до 12 балів.

– Вже відбувся розподіл на роботу студентів-медиків бюджетної форми навчання, цьогорічних випусників.

– Так, я мала вибір: стати лікарем швидкої чи сімейним лікарем. Вибрала роботу на «швидкій». Вона більш динамічна, як на мене. Працюватиму в рідних Ланівцях.

– Що поробляєте на дозвіллі?

– Люблю читати книги англійських авторів в оригіналі. Люблю Фітцджеральда, хоча він дуже важко читається. Простішу книжку англійського автора можу читати вільно, лише зрідка до словника зазирнувши. А Фітцджеральда ґрунтовно зі словником треба читати, щоб зрозуміти. Серед улюблених письменників – Селінджер, Януш Вішневські. Перша книжка

Вішневського, яку я прочитала, називалася «Самотність в мережі». Дія роману відбувається в середині дев'яностих років ХХ століття. Головні герої знайомляться в глобальній мережі Інтернет завдяки електронній пошті. Основну частину роману займає листування героїв. Автор також описує життя кожного з них «поза мережею» – друзів, родину, роботу, уподобання в музиці. Після тривалого віртуального спілкування герої зустрічаються в Парижі. «З усього, що вічне, найкоротший термін у кохання» – такий лейтмотив книги, що стала бестселером. Вона мені дуже сподобалася. Вперше прочитала її українською чи, може, й російською мовою, наразі вже не пригадую. Захотілося прочитати в оригіналі – польською. І прочитала. Тепер стежу за всім, що видає Вішневські.

– Яке ваше ставлення до соцмереж?

– Не люблю «зависати» в мережі. Шкода витратити на це час. Краще спілкуватися «наживо». Зате дуже люблю мандрувати. Крім Чехії та Польщі, була ще в Дрездені (Німеччина). На вихідні плануємо зі старою сестрою відвідати Білорусь. Чула різні враження про цю країну, а хочеться все побачити на власні очі. Тим більше, що ніколи раніше в Білорусі не була.

Візьму із собою свого песика – таксу Уму. Вона любить подорожувати зі мною. Де я, там і вона.

– Незабаром станете дипломованим фахівцем. Позаду залишаться студентські будні, робота в наукових гуртках, іспити... Кажуть, роки як мить, а спогади – назавжди.

– Світлі спогади про університет і справді назавжди залишаться зі мною. Я навчалася в сьомій групі, яку дуже люблю. Дуже ми зріднилися за роки навчання, стали справжніми близькими друзями. Хочу всім випускникам і особливо – студентам моєї улюбленої групи побажати успіху. Хай у нас все буде гаразд, хай здійсниться все, про що мріється! Життя триває, воно – в постійному русі, а отримані в ТДМУ знання відкривають можливість для самореалізації.

**Оксана БУСЬКА,
Павло БАЛЮХ (фото)**



Ганна АБРАМЧУК і Дарія МУЗИКА, студентки стоматологічного факультету (ліворуч); Олег ФІЛЬ, студент медичного факультету (праворуч)

Фото Павла БАЛЮХА



ЮВІЛЕЙ

«ВИ Є ПРИКЛАДОМ ДЛЯ НАСЛІДУВАННЯ НОВИМИ ПОКОЛІННЯМИ СТУДЕНТІВ, МОЛОДИХ ЛІКАРІВ І ВИКЛАДАЧІВ»

17 лютого відзначає ювілейний день народження доцент кафедри акушерства та гінекології №1 ТДМУ Зінаїда Миколаївна КУЧМА.

Вельмишановна Зінаїдо Миколаївно!

Сердечно вітаємо Вас з ювілейним днем народження!



У стінах університету Ви здобули вищу медичну освіту, а згодом, після 11-ти років практичної лікарської роботи, успішно пройшли понад 33-літній трудовий шлях: спочатку асистента, а останні 12 років — доцента кафедри акушерства та гінекології №1.

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

Усім пам'ятна Ваша активна громадська діяльність, зокрема, як депутата міської ради, куратора студентських груп, лектора товариства «Знання», Ваша участь у художній самодіяльності.

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 Зінаїдо Миколаївно, доброго здоров'я, невичерпного творчого натхнення, нових успіхів у Вашій благородній діяльності, добробуту, людського тепла, душевного спокою, родинного благополуччя та затишку, довгих років радісного й щасливого життя.

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

ПРОБЛЕМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

(Закінчення. Поч. у № 2)

Для виявлення підозрілих чи хворих на туберкульоз лікар загальної практики-сімейної медицини, дільничний терапевт чи педіатр, фельдшер ФАПУ проводить цілеспрямований збір анамнезу як за прямими ознаками (контакт з хворим на туберкульоз людьми чи тваринами), так і за непрямими ознаками (наявність у родині осіб з хронічними бронхо-легеневими захворюваннями, із залишковими посттуберкульозними змінами, звільнених з місць позбавлення волі, випадків смерті від легеневого захворювання, хронічних алкоголіків, наркоманів тощо).

Сімейний лікар проводить детальне фізикальне обстеження: огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию, а також пробу Манту з 2 ТО у стандартному розведенні для виявлення хворих на туберкульоз дітей. Скеровує на рентгенологічне флюорографічне обстеження дорослих і неповнолітніх осіб. Забезпечує дворовий збір і транспортування мокротиння в лабораторію з мікробіологічної діагностики туберкульозу I-го рівня (пункт мікроскопії мокротиння) для дослідження кислотостійких бактерій (КСБ) методом мікроскопії мазка. Крім мокротиння, на КСБ досліджують біопсійний матеріал шляхом його відбитку на скельці з подальшим забарвленням за Цілем-Нільсеном. Мокротиння збирається у стерильні контейнери на відкритому повітрі або у спеціальному приміщенні.

У разі виявлення на рентгенограмі порожнини розпаду, дрібно-вогнищцевої дисемінації пацієнта скеровують до фтизіатра на дообстеження з результатами бактеріоскопії мазка мокротиння. У випадку негативних мазків мокротиння та наявності вогнищцевих або інфільтративних змін на рентгенограмі легень пацієнту призначають антибіотики широкого спектру дії (за винятком рифампіцину, аміноглікозидів і фторхінолонів) до 2-х тижнів, після чого повторяють рентгенограму легень. При відсутності позитивної динаміки з боку легеневого процесу пацієнта негайно скеровують до фтизіатра.

Негайно слід скерувати до фтизіатра осіб при підозрі на позалегевені форми туберкульозу (кістково-суглобового, периферичних лімфатичних вузлів, сечостатевого органів, очей, туберкульозу нервової системи та інших локалізацій). За неможливості проведення лікарем загальної практики-сімейної медицини (ЗП-СМ) будь-яких методів діагностики — терміново скерувати пацієнта на другий рівень медичної допомоги та/або до фтизіатра.

За результатами обстеження, з урахуванням факторів ризику щодо захворювання на туберкульоз, клінічних ознак і результатів

туберкуліно-діагностики скеровують на консультацію до дитячого фтизіатра дітей: в яких встановлено контакт з хворою на туберкульоз людиною або твариною; з «віражем» за результатами проби Манту; з гіперергічними реакціями на пробу Манту з 2 ТО (у дітей інфільтрат 17 мм і більше або ж реакції з наявністю везикул, некрозу чи лімфангоїту, не залежно від розмірів інфільтрату); дітей з наростанням розмірів інфільтрату (папули) на пробу Манту на 6 і більше мм; дітей з поступовим наростанням чутливості до ту-



беркуліну протягом кількох років; дітей з монотонною чутливістю до туберкуліну в поєднанні з двома й більше неспецифічними факторами ризику; дітей, інфікованих МБТ з хронічними захворюваннями різних органів і систем і ті, що тривало більше місяця приймають цитостатики, глюкокортикоїди, імунодепресанти; дітей з ВІЛ-інфекцією або перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції; дітей зі симптомами, схожими на туберкульоз, а також для проведення диференціальної діагностики туберкульозу з не туберкульозними захворюваннями; дітей, інфікованих МБТ із соціальних груп ризику; за наявності ускладнень вакцинації БЦЖ (лімфаденіти, холодні абсцеси, виразки, інфільтрати розміром понад 10 мм, келоїдні рубці, персистуюча та дисемінована БЦЖ-інфекція з ураженням кісток, суглобів та інших органів).

Лікування хворих на туберкульоз проводять за стандартними режимами під безпосереднім спостереженням, що рекомендує ВОЗ. У стаціонарних умовах проводять лікування пацієнтів 1, 2 категорії, а осіб 3 категорії лише за наявності медичних показів (важкі супутні захворювання, непереносимість протитуберкульозних препаратів). Лікування хворих 4 (мультирезистентний туберкульоз) категорії здійснюють в умовах спеціалізованих протитуберкульозних відділень. Стаціонарне лікування бацилярним хворим проводять до припинення бактеріовиділення, що підтверджується методом мікроскопії мазка мокротиння (дворазово з інтервалом в 1 місяць).

Загалом терапія хворого на туберкульоз складається з двох фаз: інтенсивної та фази продовження. При проведенні інтенсивної фази пацієнти отримують від 4 до 6 протитуберкульозних препаратів (залежно від кате-

горії). Під час підтримуючої фази хворі отримують від 2 до 4 антибактеріальних препаратів (залежно від категорії).

Хворим 1, 2 і 3 категорії під час інтенсивної терапії призначають ізоніазид+рифампіцин+піразинамід+етамбутол — 2-3 місяці (60-90 доз), в підтримуючій фазі — ізоніазид+рифампіцин 4 місяці (не менше 120 доз). Пацієнти 4 категорії під час інтенсивної фази отримують 5-6 протитуберкульозних препаратів згідно з даними тесту медикаментозної чутливості протягом 8 місяців. Підтримуюча фаза — не менше 4-х препаратів згідно з даними чутливості МБТ протягом 12 місяців.

Лікар ЗП-СМ забезпечує організацію чіткого контролю за прийомом протитуберкульозних препаратів в амбулаторних (вдома) умовах, проводить опитування щодо виникнення побічних реакцій і відмічає прийом ліків у карті ТБ01. Нерідше, ніж один раз на місяць пацієнт, який отримує контрольоване лікування в закладах первинної медико-санітарної допомоги, має бути оглянутий дільничним фтизіатром для моніторингу та корекції лікування. Пацієнтам, які мають високу прихильність до лікування, препарати можуть видавати на руки на термін до 10 днів.

Лікування хворих на туберкульоз з бактеріовиділенням вдома можливе лише за умов наявності окремої кімнати для пацієнта, відсутності у квартирі дітей віком до 18 років та дотримання правил інфекційного контролю вдома.

Проведення превентивного лікування (хіміопрофілактики) у дітей та дорослих проводять за призначенням дільничного фтизіатра та з використанням отриманих від нього препаратів.

Превентивна хіміотерапія — це метод специфічного лікування протитуберкульозними препаратами з метою запобігання інфікування МБТ, розвитку органного туберкульозу та рецидиву захворювання. Превентивне лікування дає змогу знизити захворюваність у групах ризику у 5-7 разів.

Розрізняють первинну та вторинну хіміопрофілактику. Первинну хіміопрофілактику застосовують у туберкулінонегативних осіб з вогнищ туберкульозної інфекції, це створює захист не лише від захворювання, але й від інфікування МБТ. Вторинну превентивну хіміотерапію застосовують в осіб інфікованих МБТ, пригнічуючи екзогену суперінфекцію, також вона запобігає активації ендемічної інфекції. Її проводять особам, інфікованим МБТ, а також особам, які перенесли в минулому туберкульоз за наявності в них додаткових факторів ризику.

Показанням для проведення превентивної хіміотерапії:

1. Діти, інфіковані МБТ, віком до 6 років з числа контактних осіб.

2. Особи, інфіковані водночас МБТ і вірусом набутого імунodefіциту людини.

3. Інші особи, які інфіковані МБТ, з числа контактних осіб за наявності медичних показань.

Рішення про наявність медичних показань для проведення хіміопрофілактики особам, інфікованим МБТ, приймає лікар-фтизіатр. До речі, перед початком превентивного лікування пацієнт проходить ретельне клініко-рентгенологічне та лабораторне обстеження з метою уточнення діагнозу та виключення вперше виявленого органного туберкульозу й залишкових змін. Основні схеми хіміопрофілактики, які рекомендовані для застосування у дітей: 3-6Н, 3-6НН, 3-6НН, 3-6НЗ (де 3-6 к-сть місяців, Н — ізоніазид, Р — рифампіцин, Е — етамбутол, З — піразинамід). Найбільш поширеною схемою є 6Н. Кількість курсів превентивної хіміотерапії призначають індивідуально. Для профілактики побічних реакцій у процесі лікування застосовують патогенетичні препарати: вітамін В₆, гепатопротектори.

Діти з груп ризику: з контактів, з ЛТІ (латентна туберкульозна інфекція) та ЗЗТБ (залишкові зміни після перенесеного туберкульозу), спостерігаються у дільничного фтизіатра (та у сімейного лікаря). З малими ЗЗТБ спостерігаються до 3-х років, з великими ЗЗТБ — до 18 років.

Акцентуємо увагу на тому, що майже всі пацієнти із симптомами легневих захворювань чи інших локалізацій звертаються в лікувальні заклади ЗЛМ, передусім до лікарів загальної практики-сімейної медицини. На цьому рівні проводять первинний огляд, виявлення туберкульозу і в більшості випадків завершують лікування, а також проводять санітарно-просвітню роботу та превентивні заходи. Завдання сімейного лікаря полягають у наданні первинно-профілактичної допомоги прикріплених за сімейно-територіальним принципом особам в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу чи вдома.

Але для подолання туберкульозу як масового захворювання потрібно об'єднати зусилля первинної ланки медичної допомоги, фтизіатричної служби та суспільства загалом. При цьому надзвичайно актуальним нині є формування у населення навичок здорового способу життя та відповідального, бережного ставлення до свого здоров'я як найвищої особистої та суспільної цінності. Все це є запорукою успіху на шляху до розбудови здорового майбутнього нашого покоління.

І. П'ЯТНОЧКА,
професор кафедри терапії
та сімейної медицини
ННІФП,
С. КОРНАГА,
професор кафедри
пропедевтики внутрішньої
медицини та фтизіатрії

ПОДВИГ ЮНАКІВ ПІД КРУТАМИ

В історії України є моменти, коли найбільша перемога могла перетворитися на поразку, а трагедії ставали стимулом нової безкомпромісної боротьби. А уроки історії для того і є, щоб на них вчитися.

Крути 29 січня 1918 року — символ героїзму та відданості нашого юнацтва й символ національної трагедії. День великого чину визвольних змагань і патріотичного запалу молоді й водночас жакливого безчиння провідників нації, що були загипнотизовані соціалістичною утопією. Крути — одна з найбільших трагедій наших визвольних змагань, і поряд з цим — один з найсвітліших проявів української свідомості. Урок, який ще й досі повністю не сприйнято. І впродовж тривалих років це ставало повторенням уже пройдених помилок. Чому Крути?! Чому український народ, перед яким революція в Росії відкрила можливості не лише стати господарем на своїй землі, але й розтрощити джерело свого поневолення — цим не скористався, а в грізний час на оборону своєї столиці виставили тільки триста

юнацьких грудей? Чому з трьох мільйонів озброєних синів України, які ще в листопаді 1917 року висилали своїх делегатів у Київ, голосно заявляючи про готовність віддати життя за Україну, в січні 1918 року вірними Батьківщині виявилось лише три сотні? Це «чому?» стояло дуже гостро, коли впродовж років ми перебували на грані нових Крут.

Крутянські події в жодному разі не можна вважати за якусь фатальну чи помилкову трагедію, бо вони були наперед чітко передбачувані. У листопаді 1917 року в Києві на III Всеукраїнському військовому з'їзді Атамановський, нагадавши легенду про триста відважних воїнів-спартанців, звернувся до зали зі словами, які виявилися пророчими. Ніби передбачаючи майбутні події, він мовив: «Народний переказ говорить, що скоро настане час, коли ці триста воїнів пробудяться, підуть у бій і перші проллють свою кров за самостійну Україну». Такі пророцтва, а, точніше, реальні передбачення подій в Україні втілювалися у життя про-

тягом багатьох років, під час усіх великих національно-визвольних змагань.

Все було чітко сплановано. Здавалося, що московські війська майже без бою візьмуть Київ, а потім і решту України. Саме тоді



прийшли вони. Крути... Новий український дух, нова українська ідея, нова сила, нова віра.

29 січня 1918 року на залізничній станції Крути відбувся бій між 4-тисячною більшовицькою армією Муравйова та загonom з кінських студентів і бійців вільного козацтва, що загалом нараховував майже триста воїнів. Бій тривав понад п'ять годин, українці відбили кілька атак, але зазнали значних втрат.

Тим часом, за свідченням очевидців, у студентів закінчувалися набої й снаряди для гармат. Настала небезпека оточення, тому вони почали відхід до Києва. Більшості вдалося відступити на потязі, який на них чекав. У той час коло станції Бобрик перебував більший загін під керуванням Петлюри, але, отримавши звістку про інше повстання, керівник вирішив рушити на Київ, оскільки, на його думку, найбільша небезпека була саме там.

Забравши вбитих і поранених, українське військо відходило. Більшовики або не хотіли, або радше не могли наздогнати основні сили та продовжувати наступ на Київ того ж дня — залізницю заздалегідь розібрали ще в Крутах.

Під вечір зібралися всі українські підрозділи. Як з'ясувалося, не вистачало одного загону студентів, які стояли найближче до станції: у неспокої бою в полон потрапив розвідувальний звід (майже 30 осіб). Відступаючи у сутінках, студенти втратили орієнтир і вийшли прямо на станцію Крути, на той час вже зай-

няту червоними. Червоний командир, розлючений значними втратами з більшовицького боку, наказав ліквідувати полонених.

За свідченнями очевидців, з 27-ми студентів спочатку знущалися, а потім розстріляли. Один з них перед стратою перший почав співати «Ще не вмерла Україна». Пісню підхопили інші й вона покотилася, як крилата звістка про краще Завтра... Голосні постріли заглушили спів. Скошеним квітом впали герої на ту землю, якій клялися останньої хвилини добути свободу, пожити за неї душу й тіло.

Подвиг юнаків під Крутами показав справжню українську еліту, її новий принцип — беззастережну боротьбу за незалежність, її нову віру. Проте герої не вмирають. Вони лише відходять у вічність, залишаючи по собі справу, послідовників, ідеї.

Цей нерівний бій навіки залишиться у нашій свідомості завдяки героїзму української молоді й буде нагадувати, що ми нащадки тих, які покладали своє життя за Україну! Вогонь справедливості не згасне у серцях нащадків славних воїнів! Будемо пам'ятати своїх героїв!

Слава Україні! Слава героям Крут!

**Тетяна ІВАНІЦЬКА,
студентка I курсу
медичного факультету**

КОНСУЛЬТАЦІЯ

ЯК ВБЕРЕГТИСЯ ВІД ПЕРЕОХОЛОДЖЕННЯ

Як вберегтися від переохолодження та не допустити обмороження, дізнавалася в лікаря з комунальної гігієни головного управління Держсанепідслужби у Тернопільській області Ольги СЛОБОДЯНИК.

— **Ольго Миколаївно, хто найчастіше стає жертвою морозної погоди?**

— Діти, літні й ослаблені люди, особливо худі, стомлені та голодні найбільш уразливі до переохолодження. Переохолодження настає швидше при потраплянні в холодну воду, за алкогольного сп'яніння, а також після крововтрати або травм. Тривалий вплив низьких температур призводить до пригнічення функцій організму, а за тривалого холоду вони зовсім згасають. Людина може загинути, якщо температура тіла низить до 17-25 °C. Загалом розрізняють три ступені переохолодження. Перший, легкий, коли температура тіла людини знижується до 34-35 °C. Відтак з'являється утруднення мови, озноб, тремтіння кінцівок, посиніння шкіряних покривів, губ, біль у пальцях рук і ніг, поява «гусячої шкіри», сонливість, загальна слабкість, поверхнєве дихання, можливі обмороження. За другого ступеня переохолодження (середня) — температура тіла

знижується до 31 °C, сповільнюється серцебиття та дихання, знижується артеріальний тиск, з'являється сонливість, можливі важкі обмороження кінцівок, втрачається спроможність до самостійного пересування. І останній, найважчий ступінь, коли температура тіла менше 31°C, виникає блювота й судоми, відбувається кисневе голодування мозку, людина не може самостійно рухатися, настає втра-



та свідомості, життєві функції поступово згасають, відбувається зупинка серця та дихання.

— **Як надати першу допомогу за переохолодження?**

— Перенесіть потерпілого в тепле приміщення. Мокрий одяг потрібно відразу ж зняти й одягти сухий та теплий. Постраждала людина не повинна рухатися. Якщо вона перебуває в непридатному стані, потрібно постійно контролювати дихання та пульс, а якщо він не відслідковується, відразу ж викликайте швидку допомогу або звертайтеся до

лікаря, особливо, якщо справа стосується маленьких дітей. Якщо ж потерпілий у свідомості, дайте йому випити теплий чай або молоко, але категорично забороняється алкоголь і каву! Не прагніть швидко зігріти людину, інтенсивно не розтирайте, не потрібно розтирати уражених верхніх і нижніх кінцівок можуть постраждати, не обкладайте дуже гарячими грілками. При таких маніпуляціях наслідки переохолодження можуть бути згубними через ризик виникнення порушень серцевого ритму та внутрішніх крововиливів. Зігрівання повинно бути поступовим, щоб не було різкого перепаду температур. Часто узимку лікарі реєструють холодні травми, що виникають при контакті теплої шкіри з холодним металом. Щойно людина візьметься голою рукою за залізний предмет або лизне його язиком, він міцно прилипне до нього й уже звільнитися можна лише, відірвавши предмет разом зі шкірою. Не відривайте насильно залізний предмет, а полийте на прилипле місце теплою водою.

— **Як порадище проводити профілактичні заходи щодо переохолодження та обмороження?**

— Існують прості правила, дот-

римуєтесь яких можна уникнути переохолодження та обмороження в умовах низьких температур:

- не вживайте алкогольних напоїв, адже алкогольне сп'яніння сприяє високій втраті тепла, в той же час викликає ілюзію тепла;
- не паліть на морозі, паління зменшує периферійну циркуляцію крові та робить кінцівки більш уразливими до дії холоду;
- носіть просторий одяг, це сприяє фізіологічній циркуляції крові, одягайтеся так, щоб між шарами одягу залишався шарок повітря, який утримує тепло. Тісне взуття, відсутність устілки, брудні шкарпетки можуть створювати передумови обмороження;
- не виходьте на мороз без рукавичок і шарфа;
- у вітряну погоду відкриті ділянки тіла змащуйте захисним кремом;
- не носіть на морозі металевих (у тому числі золотих і срібних) прикрас, метал охолоджується до низьких температур швидше, ніж тіло;
- стежте за обличчям, особливо за носом, вухами та щокми, звертайте увагу на зміну їх кольору;
- не носіть тісне взуття, не знімайте на морозі взуття з обморожених ніг, вони розпухнуть і ви не зможете знов взутися;

— повернувшись додому після довготривалої прогулянки на морозі, обов'язково впевніться у відсутності обмороження кінцівок, вух та носа, несвоєчасне надання допомоги може призвести до гангрен та втрати кінцівки;

- якщо під час перебування на відкритому повітрі відчуваєте початок переохолодження, негайно зайдіть до теплого приміщення — крамниці, кав'ярні, під'їзду, щоб зігрітися;
- ховайтеся від вітру, на вітрі вірогідність обмороження зростає, не виходьте на мороз з вологим волоссям;
- не виходьте на відкритий лід;
- намагайтеся більше рухатися;
- перед виходом на мороз бажано поїсти — вам необхідна додаткова енергія;
- не дозволяйте дітям тривалий час кататися на каруселях та гойдалках, лазити металевими сходами споруд на ігрових майданчиках, обов'язково захищайте руки дитини рукавичками. Пам'ятайте, що перебування дитини на морозі не повинно перевищувати 15-20 хвилин, потім потрібно зігріти її в теплому приміщенні. Загалом же загартуйте свій організм протягом року, тоді жоден мороз та негода вас не здолають.

Лариса ЛУКАЦУК

Ювілей

«ДОБРА ВАМ, ЩАСТЯ Й СНАГИ!»

16 лютого відзначає ювілейний день народження ветеран ТДМУ Валентина Георгіївна БАРЧУК.

Вельмишановна Валентино Георгіївно!

Сердечно вітаємо Вас з ювілейним днем народження!

У стінах університету Ви пройшли 27-літній трудовий шлях бібліотекаря, старшого бібліотекаря, бібліотекаря першої категорії одного з найважливіших підрозділів вищого навчального закладу – бібліотеки.

Глибоко поважаємо й шануємо Вас за багаторічну невтомну працю, високий професіоналізм, сумлінне виконання своїх службових і громадських обов'язків.

Ваші порядність, працелюбність, уважне ставлення до людей, прагнення роботи добро



заслужують найвищої оцінки і є прикладом для наслідування.

Бажаємо Вам, вельмишановна Валентино Георгіївно, здоров'я, людського тепла, душевного спокою, родинного благополуччя та затишку, довголіття. Добра Вам, щастя й снаги!

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

Ректорат ТДМУ імені І.Я. Горбачевського

МУДРОСЛІВ'Я

РУБРИКУ ВЕДЕ ПРОФЕСОР **БОРИС РУДИК**

ЛІТА МИНАЮТЬ, А ДУША НЕ СТАРІЄ

Від гніву старієш, від сміху молодієш.

У старості щезають плоди спокуси.

Коли хочеш довго жити, треба вчасно постаріти.

Літа минають, а душа не старіє.

Молоді брехуни стають старими хвалюками.

Молоді починають все спочатку.

Молоді живуть мріями й майбутнім, а старі – спогадами.

Ніхто не живе так довго, щоб встигнути все зробити.

Нові гроші однаково блискучі, старі жінки однаково згорблені. Не надовго старий одружується.

Старість веде до самотності.

Старість забороняє нам насолоди юності: жінок, вино, спорт.

Сивина в голову – біс у ребро.

Стара любов не старіє.

Старий шлях коротший нової стежки.

Старі дурні від молодих дурніші. Старе дерево не випростується.

Хоч живи сто літ, а покинеш цей світ.

Чоловіча краса в розумі, а жіночий розум у красі.

Що вільно молодому, не вільно старому.

Шануй батьків своїх у будь-якому віці.

Якщо старість гарна, то про молодість забувають.

Якби всі люди жили, то і світ затьмили.

Якби молодість знала, вона в старості могла б.

Вічна пам'ять

19.08.1937–29.01.2014
Ректорат, профком, працівники і студенти ТДМУ імені І.Я. Горбачевського глибоко сумують з приводу смерті ветерана університету, колишнього головного бухгалтера
Стефанії Михайлівни **ДЕНЕФІЛЬ**
і висловлюють щирі співчуття рідним та близьким покійної.

ВІДАЄТЕ?

ЦУКОР ТАК САМО ШКІДЛИВИЙ, ЯК І ТЮТЮН

Британські вчені порівняли шкоду, заподіяну організму цукром, з впливом тютюну.

Дослідники закликають споживачів скоротити споживання «нового тютюну» на 30%. На їхню думку, цукор стає причиною ожиріння та розвитку хвороб.

Дослідження показали, що навіть в знежиреному йогурті може міститися до п'яти чайних ложок цукру, а в шоколадному батончику – вісім ложок.

За рекомендацією ВООЗ максимальна норма споживання цукру на день повинна становити не більше 10 чайних ложок, тоді як британці в середньому споживають не менше 12 ложок.

Зменшення споживання цукру на 20-30% здатне скоротити майже 100 калорій з раціону – цього було б достатньо, щоб зупинити або навіть повернути назад зростання рівня ожиріння.

КОЛИ ПІДВИЩЕНА КИСЛОТНІСТЬ...

Кращим другом шлунка знавці називають мед. Він має властивість загоювати слизову оболонку шлунка людини, знімати подразнення та біль. Тому його іноді використовують, як допоміжний засіб при лікуванні гастритів, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки. Так, наприклад, при підвищеній кислотності шлунка п'ють такий розчин: одну столову ложку меду на склянку води. Приймають теплим, за дві години до їжі.

Хто хворіє на виразку шлунка, має приймати 30 грамів меду за дві години до сніданку, 40 – за дві години до обіду і 30 – наприкінці дня, краще через три години після вечері. Його можна вживати як у натуральному вигляді, так і у вигляді розчину. Так само, як і при підвищеній кислотності, порцію «ліків» розчиняють у склянці теплої води. Тоді він знімає біль, печію та нудоту. А ще – покращить сон і заспокоїть нервову систему.

Відповіді у наступному числі газети СКАНВОРД

2. Монастир у Греції	1. Режисер	3. Живопис фарбами	4. Навколишня місцевість
			7. Характеристика книжки
		5. Донька Софії	6. Світова страва
9. Райцентр Тернопілля	10. Лан	11. Роман Готуніка	12. Ним мійються
		13. Мати богів	14. Ім'я Самчука
		15. Низький жіночий голос	16. Пилока
17. Великий сосновий ліс		8. Коробка для ручок	18. Відбувайло
			19. Роман Ч. Айтматова
20. Нота		21. Страшна баба	
22. Метальна ручна зброя		23.	24. Японські шашки
		25. Папуга	26. ...собак
		27. Кілограм	28. Народна казка
29. Літочислення		30. Хвоя	31. Героїня Л.Українки
32. Огорожа	33. Літак	34. Веселка	35. Знаряддя хлібороба
		36.	
		37. Пора року	38. Медичний матеріал
39. Монтан	40. Вищий чоловічий голос		41. Згаданий вулкан у Вірменії
42. Дерево	43. Старослов'янська літера		
	44. Звичай, правило	45. Сухий гарячий вітер Іспанії	46. Ім'я
	47. Тканина	48. Вид сьова посіва	
49. Частина колони	50. Італійський майстер скрипок	51. У латвійців – Даугава	
	52. Полоскун	53. Християнський пісн	54. Місто у Липецькій обл.
	55. Монета В'єтнаму	56. Великий Камінар	
	57. Роман В.Набокова	58. «...постривай!»	
	59. Таріль, піднос	60. ...-Баба	
	61. Траншея		
		62. Танцювальний крок	66. Режисер фільму
	63. ...реко	64. 3,14	
65. Китайська міра довжини			

Відповіді на сканворд, розміщений у № 2 (355), 2014 р.

1. Роксолана. 2. Березина. 3. Лада. 4. Ерато. 5. Амазонка. 6. Астрия. 7. Ніоба. 8. Аза. 9. Тин. 10. Ямб. 11. Ода. 12. Пас. 13. Українка. 14. Полум'я. 15. Яга. 16. Ту. 17. Афіна. 18. Ізольда. 19. Акт. 20. Ан. 21. Кагат. 22. Уж. 23. Скірта. 24. Мат. 25. Ярославна. 26. Апорт. 27. Лаура. 28. Рід. 29. Сокіл. 30. «Сон». 31. Сі. 32. Кра. 33. Давидко. 34. Мазур. 35. Аркадія. 36. Ряска. 37. Мета. 38. Алу. 39. Урна. 40. Тріо. 41. Окріп. 42. Тиран. 43. КрАЗ. 44. Іо. 45. Урок. 46. Якір. 47. Ікона. 48. Рис. 49. Ра. 50. Марія. 51. Костенко. 52. Аура. 53. Окис. 54. Самчук. 55. Мавка. 56. Оз. 57. Ази. 58. Оса. 59. Кириченко. 60. Симон. 61. Тракт. 62. Ре. 63. ОМО. 64. Матч. 65. ТТ. 66. Го. 67. Рух. 68. Жар. 69. Яр. 70. Рота. 71. Гончар. 72. Зет. 73. НЛО. 74. НЗ. 75. Сага. 76. Мак. 77. Стек. 78. Ада. 79. Честь. 80. Єва. 81. Ара. 82. Ат. 83. «ВВ». 84. Вата. 85. Гав. 86. Вода. 87. Ар. 88. Матвієнко.