

СТОР.

2

АНЕСТЕЗИОЛОГІЯ: МІФИ Й РЕАЛЬНІСТЬ

Робота анестезіологів, здавалося б, на перший погляд, непомітна: ввів наркоз і все! Саме так здебільшого думають пацієнти. Не кожен знає, але впродовж усієї операції анестезіолог, як і хірург, – важко працюють. Анестезіологу-реаніматологу часто доводиться приймати рішення, які стають для когось доленосними.



СТОР.

3

ОЛЕНА ПРОКОПОВИЧ: «З БАГАТЬМА ПАЦІЄНТАМИ В МЕНЕ СКЛАДАЮТЬСЯ ДРУЖНІ СТОСУНКИ»

Доцентку Тернопільського медуніверситету Олену Прокопович поважають і люблять не лише студенти, але й хворі. Не одному з них вона повернула радість життя, «наладовавши» життєвий мотор. Сьогодні запросили Олену Анатоліївну до розмови.

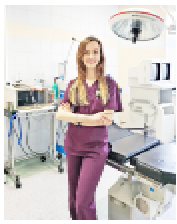


СТОР.

4

НЕЖІНОЧА ПРОФЕСІЯ ІРИНИ КРИВОКУЛЬСЬКОЇ

Ірина Кривокульська – лікар-інтерн судинної хірургії. Ще попереду роки навчання, сотні недоспаних ночей та тисячі пацієнтів – ціна її мрії – бути судинним хірургом. Дівчина аж ніяк не погоджується, що це не цілком жіноча професія. Каже, головне – бути добрим фахівцем.



СТОР.

5

КВІТИ – ЇЇ ВІДРАДА Й ЛЮБОВ

Уже кілька років минуло, як Галина Букай на пенсії. Білий халат поміняла на квітчастий, який красномовно розповідає про її нове захоплення – квіти. Ними всім соток на своїй дачі пані Галина засіяла. Має понад 50 різновидів квітів, лише ірисів – 40 сортів, яким іржавий сезон і вони всі розквітли.



СТОР.

7

ПОЛУНИЦЯ – КОРОЛЕВА ЯГІД

Полуниця, без сумніву, – царівна перших ягід. За хімічним складом полуниця немає конкурентів. Судіть самі: за вмістом аскорбінової кислоти, духмяна червонобока ягідка поступається хіба смородині. А в п'яти ягодах полуниць вітаміну С стільки, скільки в середньому апельсині. Фолієвої кислоти в полуниці більше, ніж у малині і винограді, до того ж у її складі є йод.



УНІВЕРСИТЕТСЬКА ПІЛІПІВКА

№3 (191) 18 ЧЕРВНЯ
2020 РОКУ

ГАЗЕТА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ

АНОНС

ВДЯЧНІСТЬ

РОБОТА НА МЕЖІ



Лілія КУЗЬМАК – медсестра-анестезистка відділення анестезіології та інтенсивної терапії

ЧИТАЙТЕ
НА СТОР. 5

ТЕПЕР МОЖУ ЖИТИ БЕЗ БОЛЮ

Стефанія ФЕНЮК,
м. Тернопіль

Коли вийшла з лікарні, відразу пішла до церкви, щоб поставити свічку за здоров'я лікарів. Дякувала Богу, що моя операція пройшла успішно та лікарям за допомогу. Вони – справжні чарівники! Зважаючи на мій поважний вік, дуже хвилювалася. Але мій лікар, завідувач нейрохірургічного відділення Ігор Загрійчук, умів знайти потрібні слова та заспокоїти. Саме завдяки йому я можу жити без болю.

Усе життя я працювала кухарем. Робота весь час на ногах, не раз доводилося важко піднімати. Через це в мене розвинулася кила в хребті. Біль мучив, я тамувала його ліками. Донька не раз просила, щоб я операцію зробила, але мені було страшно, все відкладала. Наважилася лише цього року. Поїхала до Чернівців у відому клініку, яка спеціалізується на видаленні хребтових кил. Пройшла обстеження, але оперуватися вирішила лише в Тернопільській університетській лікарні. Тут дуже гарні фахівці. Тепер на власному досвіді переконалася, що зробила правильний вибір. Зичу всім працівникам нейрохірургічного відділення міцного здоров'я, наснаги в їхній нелегкій праці.

Редактор
Г. ШОТ
Творчий колектив:
Л. ЛУКАШУК,
М. СУСІДКО,
М. ВАСИЛЕЧКО
Комп'ютер. 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

Засновник:
Тернопільський
національний медичний
університет
ім. І.Я. Горбачевського
МОЗ України

Видавець:
Тернопільський
національний медичний
університет
ім. І.Я. Горбачевського
МОЗ України

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

Реєстраційне свідоцтво
ТР № 482-82Р
від 23.03.2010 р.
видане
головним управлінням
юстиції
у Тернопільській області

Газета
виходить
один раз на місяць
українською мовою.
Обсяг - 3,33 друк. арк.
Наклад - 700 прим.

Газету набрано, зверстано,
віддруковано в Терно-
пільському національному
медуніверситеті
ім. І.Я. Горбачевського
46001, м. Тернопіль,
майдан Волі, 1

МЕДИЧНА НАУКА

АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ: МІФИ Й РЕАЛЬНІСТЬ

Мар'яна СУСІДКО

РОБОТА АНЕСТЕЗІОЛОГІВ, ЗДАВАЛОСЯ Б, НА ПЕРШІЙ ПОГЛЯД, НЕПОМІТНА: ВВІВ НАРКОЗ І ВСЕ! САМЕ ТАК ЗДЕБІЛЬШОГО ДУМАЮТЬ ПАЦІЄНТИ. НЕ КОЖЕН ЗНАЄ, АЛЕ ВПРОДОВЖ УСІЄЇ ОПЕРАЦІЇ АНЕСТЕЗІОЛОГ, ЯК І ХІРУРГ, – ВАЖКО ПРАЦЮЮТЬ. АНЕСТЕЗІОЛОГУ-РЕАНІМАТОЛОГУ ЧАСТО ДОВОДИТЬСЯ ПРИЙМАТИ РІШЕННЯ, ЯКІ СТАЮТЬ ДЛЯ КОГОСЬ ДОЛЕНСНИМИ. ОДНАЧЕ ПАЦІЄНТ, НАВІТЬ ЧЕРЕЗ КІЛЬКАДЕСЯТ РОКІВ, СКАЖЕ, ХТО ЙОГО ОПЕРУВАВ ІЗ ХІРУРГІВ, АЛЕ ХТО ПРОВІДИВ АНЕСТЕЗІЮ, ЗДЕБІЛЬШОГО НЕ ПАМ'ЯТАЮТЬ. ВІДТАК ІЗ ЗАВІДУВАЧЕМ ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ЛІКАРНІ ОЛЕГОМ ЄМЯШЕВИМ РОЗВІНЧУЄМО МІФИ ПРО РОБОТУ ЛІКАРІВ-АНЕСТЕЗІОЛОГІВ.
МІФ ПЕРШИЙ:
РОБОТА АНЕСТЕЗІОЛОГА – МІНІМАЛЬНА

– Роботу анестезіолога не видно ззовні, але це важка

інтелектуальна праця. Вона не така ефективна, як у хірурга, але дуже вагома. Насамперед анестезіолог має забезпечити комфортне операційне поле для роботи хірурга. За короткий період він виконує багато завдань. Це, як у шахістів, які сидять за столом і, здавалося, нічого не роблять, а в той час в їхній голові проходить чимало комбінацій. Оце в нас приблизно так само. Анестезіолог в операційній працює постійно. Наркоз – це безперервний процес, під час якого змінюється робота серця, стрибкає артеріальний тиск, відбувається крововтрата... Усі ці показники потрібно коригувати. Пацієнт має не лише заснути, але й прокинутися. Зробити ж це не так просто, як може здатися на перший погляд. Відтак основне завдання анестезіолога – зробити це якнайкомфортніше та якнайбезпечніше. В який спосіб він цього досягне – залежить від його майстер-



Олег ЄМЯШЕВ, завідувач відділення анестезіології та інтенсивної терапії

ності. Знайти між цим баланс – справжнє мистецтво. Сам же пацієнт, за загальної анестезії, має пам'ятати лише момент засипання та прокидання. Решта, що відбувалося в операційній, він не повинен пам'ятати.

МІФ ДРУГИЙ:
ВУЗЬКОПРОФІЛЬНІСТЬ

– Анестезіолог – найбільш

інтелектуальна лікарська спеціальність. Будь-який вузький спеціаліст займається патологіями одного профілю. Натомість, анестезіологи лікують усіх важкохворих, незалежно від діагнозу. Вони мусять добре знати й токсикологію, пульмонологію, ендокринологію, неврологію тощо

Кількість практичних навичок, які мають анестезіологи, перевершує лікарів інших спеціальностей. Час на обдумування в анестезіологів набагато менший, ніж в інших лікарів. Часто маємо для цього лічені секунди. Затримка з прийняттям правильного рішення та чіткими діями може коштувати пацієнту життя.

МІФ ТРЕТІЙ:
НЕШКІДЛИВИЙ НАРКОЗ НЕ ІСНУЄ

– У медицині немає нічого нешкідливого. Втручання в організм завжди несе за собою певні ризики. Часто пояснюємо своїм хворим, що навіть ідеально проведене хірургічне втручання, ідеально підібрані ліки для наркозу, можуть спричинити різні побічні дії. Зрозуміло, що з розвитком медицини, ці ризики значно зменшуються, але вони існують.

Серед пацієнтів існує стереотип, що «місцевий» наркоз – менш шкідливий. Це

хибна думка. Наркоз – загальне знеболення, а місцева – це анестезія. А будь-який наркоз має вплив на центральну нервову систему. В організм вводять препарати, які впливають на головний мозок і пригнічують його діяльність до того рівня, що людина не усвідомлює, що довікола робиться, вона спить, не відчуває болю й не рухається. Наркоз – це керована медикаментозна кома. Зараз дуже великий вибір препаратів, тому основне завдання анестезіолога – обрати той, який найкраще годиться саме цьому пацієнту. Зазначу, що немає добрих чи поганих наркозів, бувають лише невдало вибрані для пацієнта або форс-мажорні обставини, які передбачити не можливо.

Попри міфи, пов'язані з професією анестезіолога, та не завжди визнання від пацієнтів, лікарі й надалі сумлінно виконують свою роботу.

– Страшно йти в операційну тоді, коли розумієш, що знечулення – серйозне випробування для хворого. У деякого настільки слабке серце, що доза наркозу може стати – фатальною. Проте, коли оперативне втручання – необхідність нагальна, тоді ти зважуєшся на ризик, – підсумовує Олег Ємяшев.

ЗАХВОРЮВАННЯ

ЗАПІДОЗРИТИ ТУБЕРКУЛЬОЗ, ВСТАНОВИТИ ДІАГНОЗ

Марія САВУЛА,
професор ТНМУ

Пріоритетними проблемами медицини сьогодення є епідемія грипу, коронавірусу. Проте доведено, що приблизно через місяць-два після масових захворювань на вірусні інфекції настає значне зростання показників захворюваності на туберкульоз, зумовлене зниженням імунітету та збільшенням виявлення давніше існуючого туберкульозу в осіб, яких лікарі спрямовують на флюорографічне обстеження.

Ситуація з туберкульозу на Тернопільщині дещо краща, ніж в Україні загалом. Торік захворюваність в

нашій області була нижчою (34,5 на 100 тисяч населення) порівняно із загальнодержавною (49,2 на 100 тисяч). Але лише протягом лютого нинішнього року на Тернопіллі виявлено майже вдвоє більше хворих на туберкульоз, ніж відповідного торішнього періоду. Крім того, більше, ніж у половини осіб з уперше діагностованим туберкульозом легень констатують деструкції легеневої тканини, а 16,3 % померли до року спостереження. Тому питання туберкульозу не повинно залишатися поза увагою медичної служби та держави.

Отже, коли запідозрити туберкульоз, зокрема легень, який часто є епідеміологічно небезпеч-

ним? Очевидно, коли є відповідні симптоми: кашель, слабкість, схуднення, пітливість, підвищена температура тіла, іноді – біль у грудній клітці, задишка, кровохаркання. Але на початкових стадіях процес може перебігати безсимптомно. Тож потрібні профілактичні обстеження.

Компетентні експерти в один голос стверджують, що масові флюорографічні обстеження населення нерентабельні (хоча вони дозволяють виявити й іншу патологію органів грудної клітки). Тому більш доцільним є обстеження груп ризику (осіб, що контактують з хворими, безхатченків, убогих, мігрантів, алкоголиків, наркоманів, ВІЛ-інфікованих, хворих на цукро-

вий діабет, виразкову хворобу, пилові професійні захворювання, осіб, які лікуються імунодепресантами, променевою терапією). Їх потрібно перевіряти на туберкульоз щорічно та поза черговою – при появі відповідних симптомів. За обстеженням стежать відповідні спеціалісти, сімейні лікарі. Особливий підхід повинен бути стосовно вагітних жінок, де необхідно враховувати термін вагітності, співвідношення – ризик опромінення для плода/небезпека захворювання жінки та застосування надійний метод захисту.

Щорічно також повинні проходити флюорографічні обстеження особи, які працюють з дітьми, харчовими продуктами,

проживають у гуртожитках, контактують з великою кількістю людей. За їх обстеження відповідають роботодавці. Всі ж інші дорослі повинні проходити флюорографічне обстеження один раз на два роки, розуміючи, що кожний зобов'язаний сам турбуватися про власне здоров'я.

Нині майже не використовують плівкового флюорографічного обстеження, яке пов'язане з доволі високим опроміненням. При застосуванні ж сучасних цифрових флюорографів променеве навантаження в 5-6 разів нижче. Комп'ютерна томографія, яка має великі діагностичні можливості, не є скринінговим методом виявлення туберкульозу через високе радіаційне навантаження та (для малозабезпечених прошарків населення) значну дороговизну й повинна проводитися лише за показаннями після цифрової флюорографії в прямій та боковій проекціях.

(Продовження на стор. 6)

ОЛЕНА ПРОКОПОВИЧ: «З БАГАТЬМА ПАЦІЄНТАМИ В МЕНЕ СКЛАДАЮТЬСЯ ДРУЖНІ СТОСУНКИ»

Лариса ЛУКАЩУК,
Микола ВАСИЛЕЧКО (фото)

ДОЦЕНТКУ КАФЕДРИ НЕВІДКЛАДНОЇ ТА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО МЕДУНІВЕРСИТЕТУ ОЛЕНУ ПРОКОПОВИЧ ПОВАЖАЮТЬ І ЛЮБЛЯТЬ НЕ ЛИШЕ СТУДЕНТИ, АЛЕ Й ХВОРІ. НЕ ОДНОМУ З НИХ ВОНА ПОВЕРНУЛА РАДІСТЬ ЖИТТЯ, «НАЛАДНАВШИ» ЖИТТЄВИЙ МОТОР. «ПІСЛЯ РОЗМОВИ З ЛІКАРКОЮ У МЕНЕ І НАСТРІЙ ПОЛІПШУЄТЬСЯ, І СИЛИ З'ЯВЛЯЮТЬСЯ, БО ВМІЄ ВОНА ЗНАЙТИ ТЕ СЛОВО, ЩО РОЗРАДИТЬ І ЗАСПОКОЇТЬ», – ДІЛИТЬСЯ ОДНА З ПАЦІЄНТОК КАРДІОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ. СЬОГОДНІ ЗАПРОСИЛИ ОЛЕНУ АНАТОЛІВНУ ДО РОЗМОВИ.

– Чому зупинили свій вибір на медицині, адже в дитинстві, напевно, чимало професій захоплювало?

– Інакше, мабуть, і не могло бути, бо я з лікарської родини – мама за фахом терапевт, але зараз працює в медичному училищі, а батько – акушер-гінеколог. У шкільні роки я насправді мріяла про інше – захоплювала журналістика. Шкільні твори в мене гарно вдавалися, була постійною дописувачкою до місцевої газети, коли мешкала разом з батьками у Лубнах. Хоча журналісткою я не стала, але цей досвід дуже мені згодився, коли розпочала шлях у науці, зокрема, в написанні кандидатської дисертації. Отож медицина взяла гору й я вступила до медичного університету. Готувалася стати гінекологом, і на четвертому курсі проходила практику саме за цією спеціальністю. Але коли прийшла на кафедру внутрішньої медицини, а в нас тоді викладали професори Мар'ян Васильович Гребенник, Микола Іванович Швед, то змінила власне рішення. Зрозуміла, що терапія, зокрема кардіологія, це – моє.

– Куди потрапили на роботу після закінчення університету?

– Інтернатуру проходила в одному з найвіддаленіших районів області – Шумській районній лікарні. Працювала лікарем функціональної діагностики. Переваги райлікарні в тому, що ніби «вариться у своєму соку», не чекаючи на допомогу ззовні, самостійно приймаєш рішення, встановлюєш діагноз, прописуєш лікування. Це в університетській

лікарні можна з кимось порадитися, відчутти дружнє плече колеги, а в глибинці – сам на сам з пацієнтом. І якщо нині є Телекард, Інтернет, інші ресурси комунікації, то десять років тому все було інакше. Але така практика цілком себе виправдала, бо загартувала до більш складних ситуацій. У Шумській райлікарні я працювала ще й лікарем-терапевтом. Тоді, власне, й зародилася думка стати кардіологом, і мене не лякало, що це важкі хворі, які вимагають особливого підходу у лікуванні. Потрібно ретельно, аби не помилитися, обирати тактику та стратегію ведення таких пацієнтів, бо якщо вони проліковані неправильно, то потім людина на все життя залишиться інвалідом. Як правило, такі пацієнти не лікуються на амбулаторному етапі, тому й виникають задавлені випадки, а мені захотілося поліпшити їхній стан і лікування.

– Як розпочалася ваша наукова кар'єра? Кандидатська робота імплементувалася в практику?

– Моя кандидатська робота стосувалася такої недуги, як інфаркт міокарда й, зокрема, порушення функції печінки, а науковим керівником був професор, завідувач кафедри невідкладної та екстреної меддопомоги ТНМУ Микола Іванович Швед. Він має величезний досвід у лікуванні кардіологічних пацієнтів. Ця тема збудила мій лікарський інтерес, адже проблема надзвичайно актуальна в усі часи – патологічні зміни печінки можуть у будь-який момент розвинутися у хворих із серцево-судинною патологією. Бо ж у недужих з інфарктом міокарда часто порушується функція печінки, тому це потрібно відстежувати. Написання кандидатської допомогло мені глибше проникнути у суть проблеми, отож знаю, як діяти за такої патології та, власне, як на всі ці патологічні механізми впливати.

– Нині в лікарню прийшли сучасні технології. Допомагають кардіологам?

– Для нас, кардіологів, можна сказати, настала нова ера, бо ситуація в області непростата – зареєстровано майже 25 тисяч диспансерних хворих із серцево-судинною патологією. Та й пацієнти вже не долають тисячі кілометрів у пошуках кардіохірургічної клініки. Як і наші колеги із сусідніх обла-

стей, ми тепер широко застосуємо сучасні ендovasкулярні технології. В тих випадках, коли вже терапевтичні методи себе вичерпали, хворим допомагають малоінвазивні втручання. Найповніше цим вимогам відповідає ендovasкулярна хірургія, так звані операції без розрізу, в яких застосовують сучасні катетерні технології. Вони дозволяють надзвичайно швидко та з найменшими ризиками провести втручання, які раніше виконували традиційним шляхом. З появою в лікарні цих технологій кардіологічна допомога країнам стала на щабель вищою, її надають за євро-



пейськими стандартами. Особлива роль у ланці діагностичного процесу відведена кардіологу, який повинен вчасно виявити патологію, призначити необхідні інструментальні та лабораторні дослідження, а відтак скерувати хворого до нас. Наразі всі можливості в університетській лікарні для цього створені.

– Але такі інтервенційні техніки, зокрема діагностичні, викликають іноді побоювання в пацієнтів. Як вважаєте, чи варто недужим переживати з цього приводу?

– Вважаю, що тут потрібно винятково довіритися своєму лікарю, якщо таку процедуру він призначає, отже, вона є необхідною для подальшого лікування. Боятися не потрібно, адже ризики мінімальні, а результати такого інструментального дослідження доволі інформативні, їх не порівняти з результатами ЕКГ, ЕХО-кардіографією. За кордоном ці технології вважають звичною процедурою, вже десятки років її застосовують для діагностики та лікування пацієнтів і питань щодо безпечності там не виникає.

А от мову про те, що паці-

єнти неохоче звертаються до фахівців треба вести, особливо це стосується глибинки, коли до лікаря потрібно долати не один кілометр, та й автобус зрідка їздить і якісь пігулки є під рукою, тому хворий зволікає, а недуга заважає. До слова, тут ще й певну роль мають відіграти також сімейні лікарі, щоб вчасно скерувати недужого до кардіолога чи навіть до нас, на третій рівень, це так звана високоспеціалізована медична допомога. Щоб наблизити кардіологічну допомогу до пацієнта на клінічних базах ТНМУ створили спеціалізовану бригаду, до якої входять фахівці університету та спеціалісти університетської лікарні, які виїждять з консультативною допомогою в райони нашої області. Торік університет придбав сучасний портативний апарат ультразвукової діагностики останнього покоління, який дуже зручно використовувати в будь-якому куточку Тернопілля. Особливо це актуально, коли наші консультативні бригади їдуть у віддалені райони. За допомогою такої техніки маємо змогу на місці уточнити діагноз, виявити аномалії серця. В кардіологічних хворих трапляється ще й чимало коморбідної патології, коли на один діагноз «нашаровується» ще кілька. Отож така тактика виправдовує себе на всі сто відсотків, пришвидшує діагностичний процес, а відтак рятує життя пацієнтам.

– Які випадки з особистої практики, вам запам'яталися найбільше?

– Найчастіше, звичайно, лікарі пам'ятають тих пацієнтів, які були у важкому стані. І на моєму професійному шляху їх також зустрівало чимало. Так, це велике випробування для лікаря, зокрема, його професійної витривалості, але це й велике щастя, коли пацієнт одужує та повертається до повноцінного життя. Розповім про чоловіка з важким аортальним стенозом, якого доправили до нас у важкому стані. Він страждав від задишки, запаморочення, були й інші ознаки серцевої недостатності. Ми виявили це під час ехокардіографії, бо інтервенційної радіології тоді у нас ще не було. З великими ризиками транспортували його до столичної кардіохірургічної клініки, де хворому провели операцію. Це був саме той випадок, коли ми вчасно виявили та діагностували недугу, бо інакше б усе закінчилося летально, але спрацювала спадкоємність роботи кардіологів і кардіохірургів.

З багатьма пацієнтами у мене складаються дружні стосунки, хворі давно вже вилікувалися, а ми й надалі спілкуємося, іноді вони телефонують, консультуються, це найкращий подарунок для лікаря, коли люди тобі довіряють. Неетично називати прізвище, однак згадалось, як доправили до нас чоловіка, він знай на Тернопілля, але на той час був вже в стані клінічної смерті, згодом розвинувся сепсис, ниркова недостатність, щоправда, у нього була велика жага життя, і через два місяці стан хворого поліпшився, навіть відсвяткували у палаті його 80-річчя. Зараз дружимо родинами, відвідуємо концерти його доньки. Втім, у стосунках з пацієнтами потрібно дотримуватися певних правил, аби жалість не взяла гору, і це вплинуло чи навіть позбавило б лікаря можливості реально оцінити ситуацію. Отож головне правило – це повага до пацієнта. Кожна людина, особливо хвора, потребує емпатії, де душа, особистість хворого – на першому місці. А ще дуже важливо, щоб на клінічних кафедрах викладачі, науковці займалися практичною медициною, бо саме на цьому й базується формування клінічного мислення у студентів. Важливою в підготовці сучасного лікаря вважаю й комунікативну компетентність, яка охоплює розмовні, соціально-психологічні навички, етичні аспекти, а де ж вони набуваються, як не біля ліжка хворого.

– Як проводите вільний час, де проводите відпустку, відпочиваєте від напруженої праці?

– Я прихильниця активного відпочинку, не люблю одноманітності, мені потрібно, щоб змінювалася картинка. Тому найкращі у цьому сенсі мандри. Подорожую разом із сім'єю, до річч, у чоловіка теж робота з присмаком виснаження, він хірург-уролог у нашій лікарні. Емоційну втому знімаємо разом. Узимку на гірськолижних курортах, щоправда, вітчизняних, але на червоних трасах. Уже й наші дівчатка полюбили цей вид спорту, вони також активні – займаються в художній школі, ходять на танцювальний гурток, музичну школу відвідують. Коли є вільна хвилина, люблю почитати художню літературу. Серед улюблених – Василь Шкляр, Мар'яна Савка, захоплює прониклива поезія Юрія Іздрика, романи Марії Матіос, Ліну Костенко просто обожаю, мені дуже близька її поетична скарбниця.

НЕЖІНОЧА ПРОФЕСІЯ ІРИНИ КРИВОКУЛЬСЬКОЇ

Мар'яна СУСІДКО

– КАЗОК У МЕНЕ В ДИТИНСТВІ НЕ БУЛО, ЛИШЕ ІСТОРІЇ З ЖИТТЯ ЛІКАРНІ, – РОЗПОВІДАЄ ІРИНА КРИВОКУЛЬСЬКА, ІНТЕРН-ХІРУРГ. – МАМА ПРАЦЮВАЛА ФЕЛЬДШЕРОМ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ, ТОМУ ЩОВЕЧОРА ВОНА РОЗПОВІДАЛА МЕНІ ЦІКАВІ ВИПАДКИ, ЯКІ ТРАПИЛИСЯ В НЕЇ НА РОБОТІ ВПРОДОВЖ ДНЯ. ЯК ЦЕ БУЛО ЦІКАВО! ІСТОРІЙ БУЛО БАГАТО, ЩОДНЯ –ІНША! ЗАРАЗ ТАК І ВСІХ НЕ ПРИГАДАТИ, АЛЕ ДОБРЕ ПАМ'ЯТАЮ РОЗПОВІДЬ, ЯК ВОНА У «ШВИДКІЙ» ПРИЙМАЛА ПОЛОГИ У СИЛЬНІ МОРОЗИ, А НЕМОВЛЯ ЗАКУТУВАЛА У СВОЮ КУРТКУ. ТАКОЖ ПРИГАДУЮ ІСТОРІЇ ПРО РІЗНІ ДТП, НАРКОМАНІВ І СУЇЦИДАЛЬНІ СПРОБИ... ОДНОГО РАЗУ ВОНА НА ХОДУ ВИПАЛА З КАРЕТИ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ. НА ЩАСТЯ, ВСЕ ОБІЙШЛОСЯ.

У дитинстві Ірина часто проводила час у лікарні. Всі її тітки працювали медичними сестрами.

– У школі мені найбільше подобалася біологія й хімія, – захоплено каже Ірина. – В мене було неймовірне бажання вивчити людський організм від найменшої органели до всіх систем, збагнути всі процеси, які відбуваються всередині нас, завдяки чому утворюється енергія, чому скорочуються м'язи та дихають легені... Також мені цікаві різноманітні захворювання, процеси старіння й методи запобігання їм. Як на мене, медицина – це прекрасне заняття, я б сказала, навіть найкраще захоплення, якому можна присвятити все життя. Звичайно ж мені хотілося бути чимось корисною для людей, якимсь їм допомагати.

Нині Ірина – лікар-інтерн відділення судинної хірургії. Саме там з нею й познайомилися. За розмовою видно, як палають її очі, коли вона розповідає про улюблену професію. Ще попередні роки навчань, сотні недоспаних ночей та тисячі пацієнтів – ціна її мрії – бути судинним хірургом. Ірина аж ніяк не погоджується, що це не цілком жіноча професія. Каже, головне – бути добрим фахівцем.

– Обожаю хірургію, на операції почала ходити ще з

четвертого курсу, – розповідає. – Жінка-хірург – дуже складно. Проте я не могла обрати іншу спеціалізацію, це дуже затягує. Моя улюблена хірургія – судинна. Від початку інтернатури я у судинному відділенні. Обожаю операцію сафенектомію, яку виконують за варикозної хвороби, а також РЧА (радіочастотна абляція) – новітній метод у лікуванні тієї ж варикозної хвороби, який виконують здебільшого під місцевою анестезією, пацієнт одразу після операції може ходити, займатися своїми звичними справами. Дуже подобаються алопротезування та автовенозні шунтування, які виконують наші хірурги при захворюванні облітеруючим атеросклерозом, якщо без перебільшень – це «ювелірна робота»! Люблю артеріовенозні фістули, які формують для гемодіалізу. Також зараз я «розробувала» операції ампутації, які раніше не дуже любила, проте зараз асистую на них із задоволенням. Часто після ампутації, для загоєння рани, здійснюємо аутодермопластику (пересадку шкіри).

Усі рідні переконували й досі кажуть, що хірургія – не жіноча справа. Для себе я визначила ще до початку інтернатури – буду займатися флебологією. Лікар-флеболог лікує патологію вен, зараз це переважно мінінвизивні втручання. Так у мене буде улюблена справа, час для сім'ї, себе та спорту. До речі, займаюся в тренажерній залі, плаваю, інколи ходжу кататися на ковзанах. Колись навіть пів року працювала інструктором.

– Що найбільше подобається в професії лікаря?

– Насамперед щасливі очі людей, яким зуміла надати допомогу. Лікарський фах дає можливість завжди відкривати для себе щось нове, вчитися чогось, це завжди цікаво, дарує радість і якість піднесення. А також адреналін, який є вірним «спонсором» нашої професії (сміється – авт.).

– Чого категорично не сприймаєш?

– Категорично не сприймаю в професії того, що в нас усе так ускладнено для пацієнтів. Недужі бояться лікарень і лікарів, а найгірше – те, що звертаються пізно, із запущеними випадками.

Люди не люблять себе, не проходять профілактичні медогляди. Загальновідомо, що на ранніх стадіях легше недугу лікувати.

– За що вдячна своїй роботі?

– Вдячна колективу, в якому працюю! Це – неймовірні люди, більше, ніж колеги, з чудовими жартами й почуттям гумору. Розчулюють пацієнти та їхні історії життя, а загартовують, напевно, самі обставини в хірургії.

– Чого вона вас навчила?

– Від колег я постійно запозичую досвід. Робота в лікарні навчила твердо дотримуватися свого рішення, бути сильнішою, не брати все



близько до серця, а також багато неприємних речей переводити на гумор. А від пацієнтів навчилася оптимізму, більшість з них мають важкі діагнози, але дуже оптимістично налаштовані.

– Існує чітка формула, як стати добрим лікарем?

– Гадаю, що формули немає, якщо робота подобається, ти не можеш бути поганим лікарем, цю працю просто потрібно любити. А ще – постійно вчитися та вдосконалюватися.

– Як зазвичай проходить ваш день у лікарні?

– Кожен день у лікарні – особливий, проходить по-різному. Вранці оглядаю пацієнтів після операцій, перевіряю листки лікарських призначень, роблю деякі перев'язки та займаюся веденням медичної документації. Це звичний мій день у лікарні, коли немає операцій, а коли є, то ту ж роботу виконую й ще асистую на операціях. Ще в нас є нічні чергування, але це окрема історія.

– Чи трапляються неординарні випадки на чергуваннях?

– Випадків справді багато. Якщо брати мої чергування, то запам'ятався пацієнт, якого збив автомобіль. До лікарні його доправили орієнтовно о 23 годині, і ми з лікарями, провівши всі необхідні обстеження, провели ургентну операцію. В чоловіка були множинні розриви кишківника та переломи обох гомілок. Оперували травмованого п'ять годин поспіль, з 1 години ночі до 6 ранку. Ще був випадок апендектомії на Святвечір в афроамериканки.

На чергуваннях – переважно операції з видалення апендициту, киля, емболії артерій.

– Що підіймає вам настрій?

– Посміхнутися змушує саме життя, мої близькі друзі, а також рідні. Я зберегла властивість тішитися дрібницями, і ще я отримую велике задоволення від усього, що роблю, немає значення чи я печу сирник, чи асистую на операції – все приносить мені задоволення.

– Улюблена цитата?

– Колись Григорій Сковорода писав: «Бери вершину й матимеш середину».

– Улюблені парфуми?

– «Si», взагалі люблю солодку аромату.

– Улюблене заняття?

– Дієтологія! Я її обожаю. Люблю їсти й готувати корисну їжу, розраховую кількість калорій, поживні речовини. Це для мене справжня розвага. Проходила онлайн-курси з дієтології, маю на меті ще пройти навчання. Дуже люблю подорожувати, мрію відвідати якомога більше країн, немає кращого багатства в людини, ніж її досвід та світогляд. Люблю готувати, але не все, обожаю пекти різні торти, сирники, печиво. Цим часто знімаю стрес. Ще до початку інтернатури я любила малювати й ліпити щось з глини, це теж дуже круто знімає стрес.

– У людях цінуєте найбільше?

– Ціную найбільше чесність, відповідальність, почуття гумору. Терпіти не можу дволиких людей та одразу бачу таких, мені подобаються люди, які говорять те, що думають і роблять те, що говорять. Ціную в людях здоровий егоїзм, надмірно добрі люди викликають завжди якийсь підозри.

– Твій день зазвичай з чого розпочинається?

– Жоден день у мене не обходиться без кави із шоколадом – це хороший початок дня.

СОЛОДОЦІ, ЯКІ МОЖУТЬ БУТИ КОРИСНИМИ

НЕ ВСІ СОЛОДОЦІ ДОБРИ ДЛЯ ЛЮДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. НЕ ТАЄМНИЦЯ, ЩО БІЛЬШІСТЬ ЗІ СПОКУС ЛЮБИТЕЛІВ ПОЛАСУВАТИ СОЛОДЕНЬКИМ Є НЕКОРИСНИМ. ЯК ПРАВИЛО, ДІЯТИ ЗАБОРОНЯЮТЬ БУДЬ-ЯКІ СОЛОДКІ ПРОДУКТИ. АЛЕ, Є ВСЕ Ж ДОЗВОЛЕНІ, АЛЕ Й КОРИСНІ.

КЕРОБ

За своїм виглядом кербоб мало чим відрізняється від какао-порошку. Проте за своїми властивостями він перевершує і какао, і каву, і шоколад. Кербоб набагато солодший від какао, тому при його вживанні не потрібно додавати цукор, що порадує тих, хто на дієті. Крім того, кербоб перевершує какао за своїми властивостями. По-перше, він не містить психотропних речовин, які впливають на психіку. По-друге, кербоб сприяє гарному травленню та допомагає при діарейі. Нарешті, в ньому міститься величезна кількість вітамінів і мінералів, як-от, вітаміни А, В, В₂, D, а також фосфор, калій, кальцій, магній, мідь, залізо, марганець, нікель.

МЕД

Це унікальний та універсальний засіб, який містить у собі величезну кількість вітамінів і мікроелементів. Мед зміцнює здоров'я, імунітет, підвищує життєвий тонус і додає енергії. Корисним вважають лише той мед, який не пройшов жодної технологічної обробки. Фахівці рекомендують вживати по 1-2 чайні ложки щодня.

СУХОФРУКТИ

Вони не лише замінюють солодоці, але й постачають організм величезною кількістю вітамінів і мікроелементів. Сухофрукти – це ті ж фрукти та ягоди, які зберегли у собі всі корисні властивості, в тому числі клітковину, пектин, фруктозу, антиоксиданти. Насолоджуватися сухофруктами можна щодня, але не забувайте, що вони досить калорійні, тож, якщо ви на дієті, то не варто ними зловживати.

Сухофрукти, кербоб і мед – це ті дозволені солодоці, які приносять користь організму. Хороший ендокринолог або дієтолог не лише не заборонять, але й порадять вам замість цукерок і булочок їсти саме ці диво-продукти. Але як і будь-яким іншим солодким продуктом, ними теж не варто зловживати, особливо, якщо дбаєте про власну фігуру.

РОБОТА НА МЕЖІ

Мар'яна СУСІДКО

ВОНА – ОЧІ, ВУХА ТА РУКИ ЛІКАРЯ-АНЕСТЕЗІОЛОГА. ВЧАСНО ПРИГОТУВАТИ, АКУРАТНО ПОДАТИ, ПІДТРИМАТИ – СПРАВЖНЄ МИСТЕЦТВО. ВОНА, МОВ УНІВЕРСАЛЬНИЙ СОЛДАТ, ПОВИННА ВСЕ ВСТИГАТИ. А ЩЕ МЕДСЕСТРУ-АНЕСТЕЗИСТКУ ВВАЖАЮТЬ ЕЛІТОЮ СЕРЕД МЕДИЧНИХ СЕСТЕР.

— Медсестра — це головний помічник лікаря. Тому вона повинна розуміти лікаря з пів слова та пів погляду, — розповідає медсестра-анестезистка ВАІТ Лілія Кузьмак. — Маємо вміти все: робити ін'єкції, ставити крапельниці, катетери, записати ЕКГ... Наша робота — насамперед зона підвищеної відповідальності. Ми перебуваємо «на передовій» у боротьбі за людське

життя. Це почесно, але ж і дуже непросто.

Лілія навчалася у Чортківському медичному коледжі. Вступила туди після закінчення 9-го класу. Медсестрою, каже, хотіла стати ще з дитинства. Її трудовий стаж складається з двох записів — медсестра стоматологічного кабінету та медсестра-анестезистка у відділенні інтенсивної терапії.

— У лікарні — шалений темп, напруга та величезна відповідальність, — зазначає Лілія, — операції тривають по кілька годин і тут ще повинна бути неабияка витривалість, але до всього звикаєш. Найдовша операція, на якій асистувала, тривала майже 10 годин. Це було протезування грудного відділу аорти.

Робочий день Лілії Кузьмак розпочинається о пів на дев'яту годину ранку. Всі працівники відділення збираються на «п'ятихвилинку», де обго-

ворюють, які вночі були ургентні операції та які мають бути вдень.

— Для мене операція — звична справа, я не надаю цьому особливого значення, — каже Лілія, — розумію, що тут від мене вимагається лише чіткість, уважність та злагодженисть дій. З практикою це відточується до автоматизму. Кожна професія має свої труднощі. Наша професія — це межа вимогливості й вимогливості на межі. Якщо мовити про труднощі, то вони знаходяться більше в моральній площині. Коли тобі телефонують з роботи й кличуть на операцію, кидаєш все та їдеш, бо — треба! Не важливо, що саме цього вечора собі запланувала. Це відповідальність за фах, який обрала. Самопожертва — без цього в медицині ніяк. Окрім того, одна з найскладніших сторін нашої роботи — емпатія до пацієнтів. До фізичних

навантажень можна звикнути, обсягом необхідних знань і навичок можливо опанувати, навіть виспатися при бажанні реально! А ось пропускати кожен випадок через себе — це неймовірно важко: неможливо залишатися байдужим до чужого болю.

— Якими професійними та людськими якостями повинна володіти медсестра-анестезистка?

— Терпіння. Адже пацієнти бувають різні. Кричати, виходити із себе, навіть якщо смертельно втомилася, це — професійне табу. Бути уважною до дрібниць, щоб нічого не упустити та не переплутати. А ще — мобільність, «спритність». Все повинно в руках «горіти». Це — особливий склад характеру й мислення. Щодня в такому темпі працювати не кожен зможе.

— Який найбільший страх у вашій роботі?

— З такою професією, як у мене, з роками виробляється характер. Хоча, безумовно, завжди страшно, що щось може піти не так, адже на

кону стоїть людське життя. Але це не той паралізуючий страх, який сковає думки та рухи. Навпаки: як у крижану воду кидаєшся. Стрибунула — і вже в процесі.

— Ваша робота вимагає дотримання певного «дрес-коду»: мінімум манікюру, косметики, спеціальні шапочки, маски...

— До усього звикаєш, але на час відпустки можна відійти від ustalених правил. А от в лікарні повинна бути дисципліна не лише в роботі, а й у зовнішності.

— За що вдячні своїй роботі?

— За ті дивовижні хвилини, коли в екстрених ситуаціях нам спільними зусиллями вдається «завести» пацієнта. Розуміння, що він буде жити надалі й ти була до цього причетна, дає неймовірне моральне задоволення. Напруга, фізична втома — все забувається вмить.

— Яка ваша професійна мрія?

— Продовжити навчання в медичному університеті.

КВІТИ – ЇЇ ВІДРАДА Й ЛЮБОВ

Мар'яна СУСІДКО

ВОНА ПАМ'ЯТАЄ ІМЕНА МАЙЖЕ ВСІХ СВОЇХ ПАЦІЄНТІВ. ЇЇ ДОСІ СНИТЬСЯ ЛІКАРНЯ, А ОСОБЛИВО НІЧНІ ЧЕРГУВАННЯ. НАВІТЬ НАРОДИЛАСЯ 12 ТРАВНЯ, КОЛИ СВІТ ВІДЗНАЧАЄ ДЕНЬ МЕДСЕСТРИ. ВОНА ЧАСТО ЖАРТУЄ, ЩО ЇЇ ДОЛЯ ЗАКОВОДОВАНА В ЦЬОМУ ЧИСЛІ. МЕДСЕСТРА – НЕ ПРОСТО ФАХ, А ПОКЛИКАННЯ, ДЛЯ НЕЇ.

Галина Букай завжди знала, що буде медсестрою, в неї навіть іншої думки не виникало, не уявляла себе в іншій професії. «Після восьмого класу почала шукати навчальний заклад, — ділиться вона думками. — Походжу з Монастириського району. Добре, звичайно, було б недалеко від батьків навчатися, але мене запевнили знайомі, що самій вступити до Чортківського чи Кременецького медичних училищ майже не реально, конкурс дуже жорсткий. Тоді, як зараз пам'ятаю, беру до рук довідник і шукаю, в якій області найбільше медичних училищ, щоб там вступити напевне. Так обрала Харківщину, а саме Куп'янське медичне училище ім. Марії Шкарлетової. Секретар приймальної комісії попросила надіслати документи поштою. Закінчила 8 класів з відзнакою, тож вступних іспитів складати не треба було. До Куп'янська приїхала перед



Галина БУКАЙ

навчанням. Там пробула лише два роки, батьки наполягли, щоб перевелася до Кременецького медичного училища. Я так і зробила.

ЗАМІЖ ВИЙШЛА НЕСПОДІВАНО

Практику Галина проходила в другій міській лікарні Тернополя. Переконана, що там опинилася не випадково.

— Там я потоваришувала з однією дівчиною. Ми допомагали одна одній у роботі, підтримували. Через два місяці вона запросила мене на весілля, де й познайомилася з її братом, який потім став моїм чоловіком. Ситуація дуже кумедна вийшла: ми лише бачилися один раз, на весіллі, а другий — у мене вдома, коли він приїхав просити батьків моєї руки. Я погодилася, — усміхаючись розповідає пані Галина.

Після заміжжя вслід за чоловіком Галина переїхала до Чернівців. А через сім років вони повернулися до Тернополя. Так 1991 року Галина Букай отримала ще одну відмітку в трудовій книжці: медсестра нефрологічного відділення Тернопільської обласної лікарні, тепер — університетської.

— Мені подобалася моя праця, колеги були привітними, допомагали, а пацієнти стали, як рідня. Нефрологічне відділення специфічне тим, що хворі з нирковою недостатністю лікуються дуже довго, ми вже добре знали їх, раділи разом з ними, коли одружувалися їхні діти, коли народжувалися онуки, співчували, коли в засвіти йшли їхні батьки, — згадує пані Галина.

«СТАН ПАЦІЄНТІВ ВГАДУВАЛА ЗА КРОКАМИ»

Галина Букай має й досвід роботи старшої медсестри. Вона керувала медсестрами приймального відділення. Але на цій посаді пробула лише два роки, бо «паперова» робота — не її.

— Я попросилася до отоларингологічного відділення, там пропрацювала до пенсії медсестрою, — каже. — В медицині треба дуже любити людей, якщо ти йдеш на роботу, щоб отримати лише зарплатню, то краще обрати інший фах. Я навіть за крока-

ми розуміла, що діється з пацієнтом. Орієнтовно знала, скільки потрібно часу зайти йому до туалету й повернутися. Коли ж кроків було більше, отже, почав блукати коридорами відділення, щось не те, щось його турбує. На чергуваннях постійно в напрузі, хвилюєшся, щоб недужим не погіршало.

БІЛИЙ ХАЛАТ ПОМІНЯЛА НА КВІТЧАСТИЙ

Уже кілька років минуло, як Галина Букай на пенсії. Білий халат поміняла на квітчастий, який красномовно розповідає про її нове захоплення — квіти. Ними всі сім соток на своїй



дачі пані Галина засіяла. Жартує, що картопля, це не її. Пройти повз садибу, не замилувавшись різнобарв'ям, не може ніхто, зрідка де таку красу побачиш! Чого лише там не росте: від маленьких та тендітних підсніжників, аж до пишних троянд. Господиня зауважує, що має понад

50 різновидів квітів, лише ірисів — 40 сортів, якраз їхній сезон і вони всі розквітли.

— Квіти — це моя відрада й ще одна моя велика любов, — захоплено розповідає Галина Букай.

На мобільному телефоні показує фотографії своїх рослин. «У мене майже пів тисячі світлин, усе шкода їх витерти. Якщо кілька днів не їжджу на дачу, то сідаю за філіжанкою кави й переглядаю фотографії. Своїм захопленням «заразила» найближчих подруг. Коли разом збираємося, мовимо здебільшого про квіти. Ще в нас є одна традиція: дарувати одна одній нову квітку на день народження. Наступного року кожна хвалиться, як рослинка виросла. Життя й так непросто, треба завжди мати віддушину. Добре, що я себе знайшла.

Попри те, що в Галини Букай — заслужений відпочинок, до неї часто звертаються сусіди та знайомі за допомогою. Відмовити вона нікому не може, це ж її обов'язок.

— Мене часто запитують, чого не йду ще кудись на роботу, я завжди

стинаю плечима. Хіба я можу працювати десь інакше, як не в лікарні? — підсумовує пані Галина.

Жінка переконана, що щастя людини — знайти своє призначення на землі, тоді воно буде набагато яскравішим, таким, як її різнокольорові квіти у квітнику.

ЗАПІДОЗРИТИ ТУБЕРКУЛЬОЗ, ВСТАНОВИТИ ДІАГНОЗ

(Закінчення. Поч. на стор. 2)

Іншими можливими методами профілактичних обстежень у дорослих вважають анкетування хворих, мікроскопічне дослідження харкотиння в закладах первинної медико-санітарної допомоги. Проте на практиці ці методи виявилися недостатньо ефективними. Так, торік методом мікроскопії знайдено кислотостійкі бактерії лише у 0,92 % випадків від кількості обстежених осіб. Тому наразі профілактичні флюорографічні обстеження (зокрема цифрові) залишаються актуальними.

Непростою є ситуація виявлення туберкульозу серед дітей. План щорічної туберкулінодіагностики (внутрішньошкірна проба Манту) через нестачу туберкуліну 2019 року виконаний на 12,2 %.

Позитивні реакції на туберкулін можуть бути наслідком як інфікування дітей вірулентними МБТ, так і вакцинації БЦЖ, адже до складу туберкуліну входять неповні антигени як вірулентних МБТ, так і вакцинного штаму БЦЖ. Тому такою важливою є щорічна туберкулінодіагностика, яка дозволяє слідкувати за динамікою реакцій на туберкулін (післявакцинні реакції поступово знижуються та вгасають, інфекційні практично зберігаються все життя). Тому на консультацію до фтизіатра необхідно спрямовувати дітей, в яких протягом року реакція на туберкулін (розмір папули) збільшилася, розвинулися гіперергічні реакції, а також за появи позитивної реакції в невакцинованої дитини. Враховують можливий контакт дитини з хворими на туберкульоз. Якщо фтизіатр вирішив, що реакція на туберкулін зумовлена інфекцією, дитині необхідно дообстежити для виключення безсимптомної форми локального активного туберкульозу, при якому необхідне повноцінне лікування. Якщо ж реакція розцінена як інфекційна, але без ознак локального туберкульозу (латентна туберкульозна інфекція), дитині призначають хіміопротекторну терапію задля його запобігання.

Нині розроблені діагностичні методи, до складу яких входять антигени, властиві лише вірулентним МБТ, тому на них реагують лише інфіковані діти. До них належить апробований в Росії внутрішньошкірний Діаскінтест, який для нас недоступний.

Другий метод – тест вивільнення інтерферону (Quanti Feron – TB Gold) полягає у визначенні в крові гамма-інтерферону, який виділяють сенсibilізовані Т-лімфоцити під дією антигенів мікобактерій туберкульозу. Він позитивний лише в інфікованих дітей, хоча не дозволяє відрізнити латентну туберкульозну інфекцію від активного туберку-

льозу. Через необхідність забору крові з вени та дороговизну в приватних лабораторіях, його можна призначати індивідуально, але він непридатний для загальних профілактичних обстежень дітей. Отже, поки що доступною альтернативою регулярному проведенню дітям проби Манту немає, а кваліфікована оцінка її результатів достатньо надійна.

Наступним етапом є встановлення діагнозу, який згідно зі статистичною класифікацією може бути підтверджений (А-15) або непідтверджений (А-16) бактеріологічно (переважно при туберкульозі легень) або гістологічно (часто при позалегенових формах недуги).

Першим кроком бактеріологічного підтвердження діагнозу є дворазова мікроскопія мазка харкотиння, забарвленого за методом Ціля-Нільсена. Перевагою методу є простота та швидкість його виконання (відповідь отримують протягом двох годин), недоліком – можливість виявлення кислотостійких бактерій лише при їх значній кількості (50 тис. у 1 мл матеріалу). Аналіз, який ми провели, засвідчив, що серед 230 хворих-бактеріовидільовачів лише у 115 (50 %) вони були знайдені методом мікроскопії, а серед осіб з негативною мікроскопією при подальшому дослідженні у 45,2 % встановлено хіміорезистентність.

Тому незалежно від результатів мікроскопії всім пацієнтам проводять культуральне дослідження – посів матеріалу на живильні середовища, які дають позитивні результати за наявності в 1 мл матеріалу 20-100 мікробних тіл. Перевагою культуральних методів є можливість в подальшому встановити чутливість збудника до хіміопрепаратів. Найбільш надійним класичним методом є посів матеріалу на тверде середовище Левенштейна-Єнсена.

Перевагою методу є те, що зростання колоній незаперечно підтверджує діагноз туберкульозу, недоліком – тривалість вирощування (перші колонії МБТ з'являються не раніше 18 дня, а кінцеву негативну відповідь отримують через 2,5 міс.). Проте на підставі нашого аналізу бактеріовиділення найчастіше (в 93,5 %) було підтверджене цим методом.

У лабораторії фтизіо-пульмонологічного центру є можливість прискореного вирощування мікобактерій в автоматизованій системі ВАСТЕС MGIT 960, у пробірках з рідким середовищем, в якому присутня флуоресцентна сполука та розчинений кисень, що стримує флюоресценцію. Коли мікобактерії розмножуються, вони поглинають кисень і з'являється яскраве світіння. Ознаки

росту (світіння) з'являються на 4-10 день, кінцевий негативний результат отримують через 42 дні. Недоліком методу є те, що флюоресценція деколи може бути зумовлена розмноженням нетуберкульозних бактерій, тому їх природу додатково перевіряють на наявність чинника вірулентності (корд-фактора). Система дозволяє також прискорити терміни визначення медикаментозної чутливості збудника.

Етіологічне підтвердження діагнозу туберкульозу може бути прискорене з допомогою молекулярно-генетичного (МГ) методу з використанням системи Gene Xpert MTB/Rif, якою оснащена лабораторія фтизіо-пульмонологічного центру. Дослідження базується на методі ампліфікації нуклеїнових кислот. З його допомогою можна в короткий час (до двох годин) визначити наявність ДНК мікобактерій тубер-

інфікування туберкульозом (латентна туберкульозна інфекція), при якій серед дорослих (за винятком ВІЛ-інфікованих) не потрібно проводити хіміопротекторної терапії. Певне значення мають лише негативні результати проби Манту (у хворого, очевидно, не туберкульоз) або гіперергічності (можливо, туберкульоз). Тест Quanti Feron TB GOLD також констатує лише інфікування мікобактеріями туберкульозу та не дає достовірної інформації про наявність активного захворювання, тому не має особливих переваг. Але його широко пропагують приватні лабораторії, а лікарі й деколи самі пацієнти вірять, що чим дорожче обстеження (8-10 тис. грн.), тим воно інформативніше. Водночас звичайний туберкулін можна замовити в аптеці за 170 гривень на три дослідження. Це іноді варто зробити, наприклад, коли необхідно провести диференці-



кульозу та його стійкого до рифампіцину мутанта, в харкотинні та іншому матеріалі (в тому числі у спинномозковій рідині). Це дозволяє швидко встановити діагноз і призначити адекватне лікування. Система автоматизована, не потрібно складної підготовки лаборантів. Зрідка позитивні результати отримують за наявності в матеріалі нежиттєздатних мікобактерій у вилікованих пацієнтів, проте цей метод вважають одним з найбільш надійних.

Усі ці сучасні методи прискореної діагностики ефективні, але дорогі (одне дослідження коштує 10-15 євро). Проте їх фінансують міжнародні фонди та виконують пацієнтам фтизіо-пульмонологічного центру безоплатно.

Труднощі встановлення діагнозу активного туберкульозу, коли він не був підтверджений бактеріологічно чи гістологічно, спонукають оцінити можливості інших методів дослідження. Якщо регулярно проведення проби Манту в дітей допомагає вирішити деякі з цих питань, то в дорослих її можливості обмежені. Позитивна реакція на туберкулін свідчить лише про

альну діагностику між туберкульозом і саркоїдозом легень (при якому проба Манту зазвичай негативна).

Виробники пропагують низку тестів, начебто дуже ефективних для діагностики активного туберкульозу. Перевірка їх у наших хворих з підтвердженим діагнозом туберкульозу (зокрема, серологічних тестів на визначення протитуберкульозних антитіл у крові як індійського, так і німецького виробництва) не виявила ні одного позитивного результату в цих недужих.

Придїляється також увага можливим біомаркерам туберкульозу. Зокрема, запропоновано визначати фермент пуринового обміну аденозин-дезаміназу (АДА-2) в плевральному, перикардальному випоті, спинномозковій рідині. Вона присутня лише в моноцитах і макрофагах, що прикметно для запалення, викликаного внутрішньоклітинними патогенами, яким є МБТ. Проте можливі зміни активності АДА-2 при низці інших захворювань знецінюють її діагностичне значення.

Дещо відмінне враження справляє тест на визначення ліпо-

арабіноманнану (LAM-тест, США), який є полісахаридним антигеном клітинної оболонки метаболічно активних мікобактерій туберкульозу та виділяється із сечею, де може бути визначений простим методом як в умовах стаціонару, так і амбулаторно. На відміну від інших імунологічних тестів, чутливість його вища в осіб з імунодефіцитом, зокрема у ВІЛ-інфікованих, для яких характерна олігобацилярність і переважання позалегенових локалізацій туберкульозу, коли немає можливості дослідити харкотиння. Тому, попри недостатню високу чутливість, він заслуговує певної уваги, тим більше, що проводять роботи з його удосконалення, зокрема в Японії.

Незважаючи на велику кількість існуючих діагностичних методів, диференціальна діагностика туберкульозу та інших легеневих захворювань буває складною, якщо не знаходять мікобактерій туберкульозу. Тому при обстеженні хворих використовують інші важливі методи: комп'ютерну томографію, фіброbronхоскопію, відеоторакоскопію з біопсією уражених тканин, ультразвукове дослідження та інші. Ці дослідження виконують пацієнтам, шпиталізованим у фтизіатричне або новостворене пульмонологічне відділення, де в разі виключення діагнозу туберкульозу та встановлення іншого, не менш небезпечного захворювання (тяжкої атипової пневмонії, мікозів, бронхоектатичної хвороби, обструктивних захворювань легень, інтерстиціальних уражень), хворому проводять відповідне лікування. Тут також надають невідкладну допомогу у разі загрозливих ситуацій (легеневі кровотечі, астматичний стан та інші). У відділенні працюють кваліфіковані лікарі, які мають досвід роботи у фтизіатрії та пульмонології. Налагоджене лабораторне визначення збудників запальних і нагнійних процесів, грибків із встановленням їх чутливості до антибіотиків і протигрибкових засобів. Цитологічне дослідження харкотиння або вмісту бронхів і біопсія патологічно змінених тканин дозволяє запідозрити або виключити злоякісні процеси.

Наука стрімко розвивається, удосконалюють старі та розробляють нові діагностичні системи й методи лікування туберкульозу, які, очевидно, будуть здатні подолати проблему туберкульозу.

Проте життя непередбачуване. 1980 року було оголошено про можливість швидкої ліквідації туберкульозу у світі та значно скорочені як наукові, так і організаційні програми. Але вже 1990 року розповсюдження ВІЛ-інфекції призвело до значного погіршення епідеміологічної ситуації, а стрімке зростання з 2000 року мультирезистентності збудника створило серйозні перешкоди для ефективного лікування туберкульозу.

Тож на що можна сподіватися в майбутньому, зокрема, після епідемії коронавірусу?

ПОЛУНИЦЯ – КОРОЛЕВА ЯГІД

ПОЛУНИЦЯ, БЕЗ СУМНІВУ, – ЦАРІВНА ПЕРШИХ ЯГІД. І СПРАВА ТУТ НЕ ВТОМУ, ЩО ВОНА МАЄ ДИВНИЙ СМАК І ПРИВАБЛИВУ ЗОВНІШНІСТЬ.

ЇЇ ЗАПАХ МІСТИТЬ КІЛЬКА ДЕСЯТКІВ АКТИВНИХ КОМПОНЕНТІВ, ЩО ЗАПУСКАЮТЬ РЕЗЕРВИ БАДЬОРОСТІ, ДОБРОГО НАСТРОЮ ТА РЯТУЮТЬ НАС ВІД СТРЕСУ.

За хімічним складом полуниця немає конкурентів. Судить самі: за вмістом аскорбінової кислоти, духмяна червонобока ягідка поступається хіба смородині. А в п'яти ягодах полуниці вітаміну С стільки, скільки в середньому апельсині. Фолієвої кислоти в полуниці більше, ніж у малини і винограді, до того ж у її складі є йод.

Цю ягоду з успіхом застосовують для підвищення імунітету та зміцнення стінок судин. Атеросклероз, варикозне розширення вен, ламкість судин, часті

сечогінним засобом. При захворюваннях нирок і сечогінних шляхів варто щодня вживати чотириста грам запашних ліків.



застуди й хронічні захворювання органів дихання – ось не повний перелік показань до її застосування. Полуниця має протизапальну й протимікробну дію. Урологія також має право оголосити королеву ягід своєю вірною «помічницею». Перша літня ягода є природним

дуже було б зробити розвантажувальні полуничні дні. За допомогою полуниці можна «відремонтувати» серцево-судинну систему, шлунково-кишковий тракт, печінку, позбутися набряків, болю у суглобах. Полуниця поліпшує апетит і травлення. Хороший терапевтичний

ефект є при гіпертонічній хворобі, атеросклерозі. Фітотерапевти стверджують, що ця ягода-красуня не лише оздоровлює людей фізично, а й психоемоційно для поліпшення емоцій та настрою, кращої ягоди, ніж полуниця та суниця, не знайти.

Увага! Піддаватися полуничній спокусі не варто людям з гастритом, гастродуоденітом, виразковою хворобою. Винні ж у всьому дрібні кісточки, які подразнюють слизову шлунка та кишківника. Сінує думка, що не потрібно захоплюватися полуницею людям з подагрою: вона може підсилити проблеми із суглобами. Обережними потрібно бути гіпертонікам, які вживають препарати на основі енапрілу: в поєднанні з полуницею цей препарат може створити навантаження на нирки. І звичайно ж, дотримуйтеся обережності, якщо ви алергик (через свою пористу структуру полуниця

нагромаджує сильний алерген – пилік).

Смачний полуничний десерт.

На 16 порцій: 1 пачка вершкового крекери або один готовий бісквітний рулет, 200 г полуниці, 1-5 пакетиків ванільного цукру, 6 столових ложок коньяку, 8 г желатину, 4 жовтки, 100 г цукру, 250 г молока, 250 мл вершків.

Приготування:

1. 3/4 частини крекери або рулету викласти щільно один до одного на застелену фольгою форму.

2. Ягоди розрізати навпіл. Попосипати одним пакетиком ванільного цукру, залити коньяком, витримати 30 хвилин. Замочити желатин. Жовтки збити з цукром. Молоко довести до кипіння, додати желатин, збити вершки та додати в крем.

3. 2/3 крему викласти на бісквіт або крекер. До крему, що залишився, додати полуницю й також викласти в чашу. Накрити шматочками бісквіта чи крекери та винести на холод.

СУНИЦЯ – КУРОРТ УДОМА

ЦЯ ЧУДОВА РОСЛИНА НАСТІЛЬКИ БАГАТА ПОТРІБНИМИ ДЛЯ ЛЮДИНИ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ, ЩО ЗА СИЛОЮ ОЗДОРОВЧОЇ ДІЇ СУНИЧНИЙ СЕЗОН МОЖНА ПРИРІВНЯТИ ДО КУРОРТНОГО.

Справді, в маленьких червоних ягідках-краплинках сконцентровано найголовніші вітаміни. Так, за вмістом вітаміну С вони поступаються лише смородині, в п'яти ягодах середнього розміру його стільки ж, як в одному великому апельсині. Вітаміну Е в них нагромаджується більше, як у порічках, вишнях, черешнях, мандаринах, бана-

нах. За вмістом фолієвої кислоти та солей кальцію суниця не мають собі рівних серед інших місцевих плодів та ягід, а також апельсинів, грейпфрутів. Щоб постачити організм залізом, теж краще їсти суниця, ніж виноград, малину, сливи, агрус, чорниця, апельсини, ананаси. Зазначено лише певні характеристики ягід, але варто згадати, що вони, як невтомні трудівниці, нагромадили ще й пектинові та дубильні речовини, цукри, органічні кислоти, мінеральні речовини – марганець, цинк, йод, калій, фосфор, мідь, кобальт. Тож не дивно, що цей комплекс біологічно активних речовин налагоджує нормальні процеси кровотворення та обміну речовин

в організмі, від чого щонайбільшою мірою залежить здоров'я.

Плоди суниць поліпшують функцію травлення, стимулюючи виділення травних соків та жовчі, справляють сечогінну дію, сприяють виведенню холестерину та продуктів обміну речовин. Тому рекомендації дієтологів прості: щодня натще їсти ягоди (100-200 г) або пити свіжий сік плодів (4-6 ст. л.) у разі атеросклерозу, гіпертонії, недокрів'я, маткових кровотеч, захворювань серця, гастриту зі зниженою кислотністю шлункового соку, коліту, холециститу, геморою, порушен-

ня сольового обміну (жовчанокам'яної та сечокам'яної хвороби, остеохондрозу, обмінного поліартриту). Звісно, хто має можливість необмежено вживати цілющі ягоди, хай наїдається



досхочу, навіть змушує себе їсти, коли набриднуть. У народі так чинять, лікуючи різні ураження шкіри. В період міжсезоння так само помічні сушені ягоди:

відвар (2 ст. л. плодів кип'ятити протягом 5 хв. у 200-300 мл води, настояти 1 годину) п'ють по пів склянки 3-4 рази на день. Листя, стебла та коріння рослини теж дуже корисні. Вони так само мають сечогінні, потогінні, кровоспинні, протизапальні властивості, поліпшують кровообіг, зміцнюють стінки капілярів, нормалізують діяльність органів травного тракту, профілактують напади бронхіальної астми.

Суничний чай.

Для приготування чаю 1-2 ст. л. сухої сировини залити 2 склянками окропу, настояти, перецідити. Настояти та відвари суниць варто використовувати під час застудних хвороб та грипу, адже вони знижують температуру тіла, виявляють потогінні та протизапальні властивості, тож їх п'ють і промивають ними ротову порожнину.

ЧЕРЕШНЕВИЙ РАЙ

ДЕХТО ДУМАЄ, ЩО ЧЕРЕШНЯ НЕ ТАКА ВЖЕ Й КОРИСНА. СПОЧАТКУ, ДОКИ ВЧЕНІ ДОСТЕМНО НЕ ВИВЧИЛИ ВСЮ «ХІМІЮ» ЦІЄЇ ЯГОДИ, ТАК І БУЛО, ПРОТЕ ЗАРАЗ Є БАГАТО ВІДОМОСТЕЙ ПРО ЦЮ СМАЧНУ РОДИЧКУ ВИШНІ, З НАУКОВОЮ НАЗВОЮ – CERASUS AVIUM, ТОБТО «ПТАШИНА ВИШНЯ».

В ягодах черешні дуже велика кількість цукру, багато калію, кальцію, магнію, заліза, міді, марганцю, йоду і фосфору. В плодах присутні вітаміни С, РР, В₁, В₂, В₆, Е, К, які особливо необхідні в період вагітності та годування груддю, а також дітям. Ретинол відповідає за формування та розвиток усіх тканин, починаючи від кісток і шкіри й за-



кінчуючи сітківкою очей. Вітамін В1 бере участь у процесі обміну речовин, вітамін В6 сприяє синтезу білків, стимулює роботу печінки, серця та головного мозку, вітамін РР стимулює процес дихання клітин.

Завдяки наявності кумаринів та оксикумаринів черешня сприяє зниженню згортання крові й запобігає утворенню тромбів. Вона звільняє організм

від шкідливих продуктів обміну й надлишку холестерину. Ягоди темних сортів будуть корисні за гіпертонії, позаяк знижують кров'яний тиск, а антоциани, які містяться в черешні, зміцнюють капіляри. Відвар з плодоніжок черешні можна використовувати як засіб при захворюванні серця.

Чудово зарекомендувала себе черешня й при анемії, адже збагачує організм відсутнім у цьому стані залізом.

Покращуючи травлення, плоди черешні допомагають при різних захворюваннях шлунково-кишкового тракту. Завдяки наявності амігдаліну, черешня втамовує болі у шлунку та збуджує апетит. Плоди містять у собі велику кількість клітковини, яка необхідна для сапрофітних бактерій, тому її можна рекомендувати при дисбактеріозі кишківника.

Дуже корисні ягоди черешні

діабетикам, адже 75 відсотків її вуглеводів – це легко засвоювана організмом фруктоза. Відвар квітконіжок черешні можна використовувати як сечогінний засіб, а також для схуднення. У сезон зможете скинути зайві кілограми без завдання шкоди організму, замінивши черешнею калорійні кондитерські вироби.

Саліцилова кислота, що міститься в черешні, має знеболювальну дію й буде корисна при таких проблемах, як ревматизм, подагра та артрит.

Черешня добре допомагає при різних шкірних захворюваннях, таких, як вугри, екзема та псоріаз. Плоди використовують і в косметології: ягідна маска з черешні в поєднанні з полуницею очищає та звужує пори, відлущує мертві клітини. Приготуйте кашку з очищеної від шкірки розім'ятої черешні або втирайте в шкіру проціджений черешневий сік. Змивати маску потрібно через 15 хвилин. Вона

стане більш живильною, якщо додати розтопленний жир або чайну ложку оливкової олії на кавову чашку черешні.

Черешневий пиріг.

Приготуйте для пирога продукти: 150 г вершкового масла, 150 г цукру, 3 великих яйця, 150 г борошна, 400 г черешні (свіжої або консервованої), цукрову пудру для посипки.

Розтираємо цукор з розм'якшеним вершковим маслом. Додаємо по одному жовтку яєць. Добре збиваємо білки, поперемінно з борошном домішуємо в масляно-цукрову масу. Виливаємо тісто в форму, яку перед тим застелили папером для випічки, змащеним маслом. З черешень видаляємо кісточку, викладаємо на тісто щільним шаром.

Ставимо наш пиріг в розігріту до 180 градусів духовку хвилин на 30-35, перевіряємо готовність зубочисткою. Виймаємо, посипаємо цукровою пудрою, розрізаємо на шматочки та подаємо до чаю.

РАКУРС



Галина МІЛЯН, молодша палатна медсестра нейро-хірургічного відділення
Фото Миколи ВАСИЛЕЧКА

СМІШНОГО!

— Приготуйтеся до найгіршого.
— Лікарю, я помру?
— Ні, я виписую вам найдорожчі ліки.

Лікарні потрібні люди з температурою 36,6 для перевірки термометрів.

Ляпас буде не таким образливим, якщо сприймати його, як масаж обличчя.

Прийшов клієнт у масажний салон, сидить і п'є чай з дівчиною в приймальні. Тут у двері дзвонить господиня салону. Масажистка клієнтові:

«Швидко роздягайся і в ліжку, а то вона хтозна що подумає!».

Стоматолог повертається в приймальню після обіду.

— Є хтось?
— Так, — каже асистентка.
— Є один. У кабінеті.
— Чому ж ви не готуєте інструментарій?
— Розумієте, він зачинився зсередини та нікого не пускає.

Психіатр до пацієнтки:
— У вашій родині хтось має манію величчя?
— Так! Іноді мій чоловік заявляє, що він — голова родини.

СМАЧНОГО!

ПЛЯЦОК
«СМУРФЕТКА»

Форма розміром 20x25 см
Додатково: 200-250 г печива до кави.

Сирна маса: 1 кг сиру, 2 ст. ложки цукрової пудри, 2 п. лимонного желе, 250 мл. окропу.

Вершкова маса: 500 мл вершків 30%, 2 п. желе, 250 мл окропу.

Желейна маса: 3 п. желе, 650 мл окропу.

Дно форми застелити папером для випічки та викласти шар печива. Розчинити лимонне желе в окропі й залишити вистигати. Сир з цукровою пудрою збити міксером і цівкою залити холодне лимонне желе. Викласти сирну масу на печиво та поставити в холодильник до застигання.

Тим часом розчинити дві пачки желе в 250 мл окропу й охолодити. Добре збити вершки до загустіння, у вершки влити тонкою цівкою желе. Викласти вершкову масу на затверділу сирну масу та поставити в холодильник до застигання.

Розчинити три пачки желе в 650 мл окропу, залишити,

щоб остигло і вилити на шар затверділого крему. Поставити в холодильник.

ДОМАШНЯ
ШАУРМА

На 4 прямокутні лаваші: 2 курячих філе, 2 помідори (або 4 малі), пів пекінської капусти, 300 г моркви по-корейськи, 300 г печериць, 300 г твердого сиру.

Для змащування: майонез і кетчуп.

Куряче філе зварити та порізати брусочками або порізати шматочками й посмажити до готовності. Капусту нашаткувати, посолити, поперчити. Печериці порізати і обсмажити на маслі. Помідори порізати тонкими скибками. Лаваш змастити майонезом, викласти смужками: смужка кетчупу, курятина (посипати тертим сиром), морква по-корейськи, гриби, салат з капусти, помідор, смужка кетчупу. Згорнути рулетом, підгортаючи всередину краї (щоб начинка не висипалася). Смажити на пательні на невеличкій кількості масла або олії з двох боків під кришкою на малому вогні. Можна додати практично будь-які продукти на власний смак!

СКАНВОРД

Відповіді у наступному числі газети

1. Автор роману «Хмельницький»	2. Байда	3. Козацький загін	4. Хімічний елемент	5. Устрій, стан	6. Автор	7. Хвалений вірш	8. Поема Т. Шевченка
9. Біблійний цар	10. Табачник	11. Старослов. літера	12. Благородний метал	13. Брат Кия	14. Автор «Повісті минулих днів»	15. У слов'ян — бог вітру	16. Військовий чин у козаків
17. Народний співець у Київській Русі	18. Вояк	19. Столиця Європи	20. Одиниця електропровідності	21. Спина струна в людині	22. Дамський предмет	23. Німецький фізик	24. Після блискавки
25. Друг Вінни-Пуха	26. Корпус людини	27. Аеропорт у Парижі	28. Баранячий горох	29. Камердинер	30. Нота	31. Невільник	32. Щастя футболіста
33. Звук при ланнанні	34. Київський князь	35. Казкова баба	36. ...й-мачуха	37. Видатний лікар Ст. Русі	38. Слов'янське плем'я	39. Мірло тягару	40. Знак Зодіаку
41. Забава	42. Пошана, повага	43.	44. Майданчик у цирку	45. Алфавіт	46. Милке місце річки	47. Нота	48. Грецька літера
49. Соціальний стан	50. Політ	51. Напій	52. Документ	53. Плуатар	54. Заміжня французенка	55. Пластилин	56. Мотузка, ремінь
57. Письмова чи усна розповідь	58. Культиватор	59. Бовван, божок	60. Легендарний козак	61. Тривале місце кування	62. Справа	63. Козацький човен	64. Загальна якість організму
65. Бик	66. Комаха, що жалить	67. Літак	68. Старовинна рушниця	69. Бог Сонця	70. Збіжжя	71. Місто в Угорщині	72. Боювий клич
73. Східнослов. міра довжини	74.	75. Вигук	76. Соцка	77. Моторний хлопець	78. На Русі — підневільна особа	79. Козацьке військо	80. Будь-який предмет
81. Видатний французький композитор	82. Квітка, цукерка	83. Австралійський страус	84. Гонитва, здогін	85. Японська гра	86. Стіна, огорожа	87. Тропічна й субтропічна рослина	88. Пральний порошок
89. Тварина	90. Відзнака гетьмана	91. Подружжя	92. Англ. письменник	93. Овеча вовна	94. Грецька літера	95. Почервоніння шкіри від пошкодження	96. Огорожа
97. Старий зіл	98. Риба	99.	100.	101.	102.	103.	104.

Відповіді на сканворд, вміщений у № 2 (190), 2020 р.

1. Гуцульщина. 2. Ложка. 3. Щек. 4. Нут. 5. Яблуко. 6. Аристотель. 7. Жакет. 8. Етап. 9. Ют. 10. Улов. 11. Орлан. 12. Оз. 13. Перець. 14. Апорт. 15. Осло. 16. Аз. 17. Пес. 18. Осад. 19. Маля. 20. Гонта. 21. Мед. 22. Раут. 23. Виноград. 24. Рац. 25. Тромб. 26. Тигр. 27. Груша. 28. Рак. 29. Ель. 30. АТ. 31. Одеса. 32. Етна. 33. Ра. 34. Сир. 35. Онук. 36. Рана. 37. Брак. 38. Кора. 39. По. 40. Просо. 41. Оаза. 42. Ура. 43. Раса. 44. Ясир. 45. Огірок. 46. Озеро. 47. Адоніс. 48. Есе. 49. Раб. 50. Ага. 51. Сі. 52. «Інтер». 53. «Яса». 54. Обід. 55. Молитва. 56. Лимон. 57. Лоно. 58. Ромен. 59. Кіл. 60. Сидр. 61. ТТ. 62. Оплот. 63. Людство. 64. ТУ. 65. Віз. 66. Ідол. 67. Замок. 68. Порт. 69. Пас. 70. Ар. 71. Ада. 72. ОРТ. 73. Троянда. 74. НЛО. 75. Ом.